

2008



Medición del Gasto en Sida en la República Dominicana

Informe Final: Resultados

El documento presenta los resultados de la medición del gasto en SIDA en la República Dominicana para el año 2008, cuyo gasto fue de 1,077 millones de pesos dominicanos. Asimismo, muestra como los recursos fluyeron desde las fuentes de financiamiento que apoyaron la respuesta nacional al VIH/SIDA, pasando por los agentes financieros públicos y privados, con o sin fines de lucro, nacionales e internacionales, para comprar los servicios de prevención, atención y tratamiento, gestión y administración, recursos humanos, entorno favorable, HNN e investigación, provistos por proveedores de servicios del sector público, privado e internacional.

Presentado: COPRESIDA y ONUSIDA

Marzo 2010





FUNDACION
PLENITUD

Perspectiva ecosistémica por un mundo equitativo y sostenible

VISIÓN

Contribuir a crear un mundo equitativo y sostenible.

MISIÓN

Producir y difundir conocimientos y generar evidencias que sustenten las políticas destinadas a promover el desarrollo humano sostenible.

PLENITUD

Es un centro de reflexión privado, independiente y sin fines de lucro, con sede en la República Dominicana.

*Calle Arabia No. 1, Arroyo Hondo
Santo Domingo, Rep. Dominicana
Telf. (809) 563-1805
E-mail: info@fundacionplenitud.org
www.fundacionplenitud.org*

ÍNDICE DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS
RESUMEN EJECUTIVO
ACRÓNIMOS

- I. INTRODUCCIÓN
 - 1.1 Antecedentes y justificación
 - 1.2 Propósito del estudio
 - 1.3 Contenido del informe

- II. CONTEXTO
 - 2.1 Datos generales del país
 - 2.2 Situación general de la epidemia de VIH/SIDA en 2008
 - 2.3 Marco legal de la lucha contra el VIH/SIDA
 - 2.4 El Plan Estratégico Nacional: avances en el 2008
 - 2.5 Mapa de actores institucionales

- III. RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA DURANTE EL 2008
 - 3.1 Principales intervenciones preventivas
 - 3.2 Principales intervenciones en el área de atención y tratamiento
 - 3.3 Principales intervenciones en el área de gestión y administración de programas
 - 3.4 Principales intervenciones en el área de entorno favorable
 - 3.5 Principales intervenciones en el área de investigación relacionada con el VIH.

- IV. BASES CONCEPTUALES DEL MEGAS
 - 4.1 Objetivos del MEGAS
 - 4.2 Mapeo de actores
 - 4.3 Etapas del flujo financiero
 - 4.4 Rastreo de recursos
 - 4.5 Transacciones
 - 4.6 Clasificaciones

- V. METODOLOGIA UTILIZADA PARA MEGAS REPÚBLICA DOMINICANA 2008
 - 5.1 Alcance y limitaciones de MEGAS
 - 5.2 Etapas del MEGAS en la República Dominicana
 - 5.3 Criterios de estimación
 - 5.4 Calidad de los datos

- VI. RESULTADOS DEL MEGAS
 - 6.1 Gasto en SIDA por fuentes de financiamiento
 - 6.2 Gasto por categoría (CGS), según fuentes de financiamiento (FF)
 - 6.3 Agentes Financieros (AF)
 - 6.4 Agentes Financieros (AF) por categoría de gasto en SIDA (CGS)
 - 6.5 Agentes Financieros (AF) por población beneficiaria (PB)
 - 6.6 Agentes Financieros (AF) por proveedores de servicios (PS)
 - 6.7 Proveedores de Servicios
 - 6.8 Proveedor de Servicios por Categoría de gasto en SIDA
 - 6.9 Proveedor de servicios (PS) por población beneficiaria (PB)

- 6.10 Proveedores de servicios según factores de producción
- 6.11 Población beneficiaria
- 6.12 Población beneficiaria por categoría del gasto en SIDA
- 6.13 Categoría de gasto en SIDA
- 6.14 Factores de producción
- 6.15 Resultados MEGAS en el contexto de ALC

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 7.1 Resultados
- 7.2 Análisis comparativo
- 7.3 Recomendaciones

REPORTES ESTADÍSTICOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- Anexo 1: Listado de instituciones y contactos para el llenado de los formularios*
- Anexo 2: Lista de instituciones incluidas en el software*
- Anexo 3: Metodología de las estimaciones y/o imputaciones*
- Anexo 4: Metodología de las valoraciones del gasto institucional*

Índice de tablas, gráficos, cuadros y reportes estadísticos

Tablas

- Tabla 1: Estimaciones Nacionales VIH/SIDA para el 2008
- Tabla 2: Datos de población VIH/SIDA por regiones de salud y PVVS dentro del PNAI al 2008
- Tabla 3: APV realizadas durante 2008
- Tabla 4: Lista de Unidades de Atención Integral, por provincias y cantidad de pacientes atendidos a diciembre 2008
- Tabla 5: Situación de la data colectada 2008
- Tabla 6: Gasto por tipo de fondo y fuentes de financiamiento
- Tabla 7: Gasto por tipo de fuentes de financiamiento y categoría del gasto en SIDA
- Tabla 8: Gasto por Agente de Financiamiento
- Tabla 9: Agentes Financieros (AF) sectorizados por grupo de Categoría del Gasto en SIDA (CGS)
- Tabla 10: Gasto Agentes de Financiamiento x por población beneficiaria
- Tabla 11: Gasto Agentes de Financiamiento x por proveedores de servicios
- Tabla 12: Gasto de los proveedores de servicios por categoría de gasto en SIDA
- Tabla 13: Gasto de los proveedores de servicios por población beneficiaria
- Tabla 14: Proveedores de servicios por tipo de factores de producción u objeto del gasto
- Tabla 15: Gasto por tipo de población beneficiaria
- Tabla 16: Gastos en actividades por población beneficiaria, 2008
- Tabla 17: Resumen del gasto por categoría de gasto en SIDA
- Tabla 18: Detalle del gasto por categoría de gasto en SIDA (CGS)
- Tabla 19: Gasto Total por Categoría de Factor de Producción u Objeto del Gasto

Gráficos

- Gráfico 1: Prevalencia de VIH, en población adulta por regiones de salud.
- Gráfico 2: Prevalencia de VIH, según grupos de edad y sexo. Endesa 2007
- Gráfico 3: Mapas de Actores Institucionales
- Gráfico 4: Diagrama de la respuesta pública nacional al VIH/SIDA
- Gráfico 5: Esquema de una transacción del Estudio MEGAS República Dominicana, 2008
- Gráfico 6: Diagrama de proceso Estudio MEGAS República Dominicana
- Gráfico 7: Calidad de los datos del Estudio MEGAS República Dominicana, 2008
- Gráfico 8: Total monto del gasto en SIDA por fuentes de financiamiento en RD\$, 2008
- Gráfico 9: Gasto en SIDA por fuentes de financiamiento
- Gráfico 10: Distribución del Gasto de las ONGs Nacionales como agentes financieros por población beneficiaria
- Gráfico 11: Porcentaje de Gasto en SIDA de los Proveedores de Servicios
- Gráfico 12: Porcentaje de Gasto de los Organismos Gubernamentales y Proveedores sin fines de lucro por Categoría de Gasto en SIDA
- Gráfico 13: Porcentaje de Gasto de los Organismos Gubernamentales y Proveedores sin fines de lucro por tipo de población beneficiaria
- Gráfico 14: Porcentaje de Gasto por Factores de Producción
- Gráfico 15: Gasto en SIDA per cápita US\$, países de ALC (alrededor 2007)
- Gráfico 16: Gasto en SIDA con relación al Gasto Nacional en Salud (% , alrededor de 2007)
- Gráfico 17: Prioridad pública asignada a la RNS (Fondos públicos + externos / gasto total en SIDA)
- Gráfico 18: Gasto en atención y prevención como % del gasto en SIDA

Reportes Estadísticos

- Reporte Estadístico 1: Gasto de Fuentes de Financiamiento (FF) por Agentes de Financiamiento (AF)
- Reporte Estadístico 2: Gasto de Fuentes de Financiamiento (FF) por Categoría Gasto en SIDA (CGS)
- Reporte Estadístico 3: Gasto Agente de Financiamiento (AF) por Categoría Gasto en SIDA (CGS)
- Reporte Estadístico 4: Gasto Proveedor de Servicios (PS) por Agente de Financiamiento (AF)
- Reporte Estadístico 5: Gasto Proveedor de Servicios (PS) por Categoría de Gasto en SIDA (CGS)
- Reporte Estadístico 6: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Tipo de Fondos de Financiamiento
- Reporte Estadístico 7: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Población Beneficiaria (PB)

Reporte Estadístico 8: Gasto por Población Beneficiaria (PB)

Cuadros

- Cuadro 1: Datos PSI ventas condones, por sector, 2007
- Cuadro 2: Datos PSI ventas condones, por sector, 2008
- Cuadro 3: Cálculo gasto en condones en la República Dominicana, 2008
- Cuadro 4: Análisis de fortalezas y debilidades datos ENDESA sobre conocimiento y uso del condón.
- Cuadro 5: Cálculo gasto privado en condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008, utilizando el % de conocimiento
- Cuadro 6: Cálculo gasto privado en condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008, utilizando % de uso en relaciones sexuales de alto riesgo
- Cuadro 7: Cálculo gasto privado en condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008, utilizando % de uso como método de planificación familiar
- Cuadro 8: Distribución condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008
- Cuadro 9: Condones adquiridos por COPRESIDA, 2008
- Cuadro 10: Condones adquiridos por COPRESIDA con recursos del Fondo Mundial, distribuidos por ONGs, 2008.
- Cuadro 11: Consumo de kits de terapia para ITS, DIGECITSS
- Cuadro 12: Costo tratamiento ARV y para IO, según Estudio de Valdez y Barillas, FIIH/USAID, sept. 2008
- Cuadro 13: Cantidad de pacientes en TARV y Seguimiento por mes. Incremento – disminución por categoría 2008
- Cuadro 14: Cantidad de pacientes adultos e infantes en TARV y Seguimiento por mes, 2008
- Cuadro 15: Datos base pacientes por línea de tratamiento, Septiembre 2008
- Cuadro 16: Número de pacientes por mes, por línea de tratamiento, 2008
- Cuadro 17: Porcentaje de pacientes por mes, por línea de tratamiento, 2008
- Cuadro 18: Detalle del número de pacientes por mes, por línea de tratamiento, 2008
- Cuadro 19: Costo unitario por línea de tratamiento TARV e IO
- Cuadro 20: Costo total mensual, sin incluir visitas médicas, ni método diagnóstico
- Cuadro 21: Costos de otras pruebas diagnósticas y honorarios médicos especialistas
- Cuadro 22: Costos diagnósticos y consulta de PVVS en TARV y Seguimiento, 2008
- Cuadro 23: Pruebas rápidas y de confirmación población general, 2008
- Cuadro 24: Costo total atención PVVS y Población General
- Cuadro 25: Costos diagnósticos PVVS en TARV y Seguimiento, 2008. Cobertura de Bolsillo
- Cuadro 26: Costos diagnósticos nuevos PVVS en TARV y Seguimiento, 2008
- Cuadro 27: Costos de transporte PVVS en PNAI, 2008
- Cuadro 28: Gasto de bolsillo PVVS en PNAI
- Cuadro 29: Gasto de bolsillo PVVS fuera del PNAI
- Cuadro 30: Otros Gastos de bolsillo PVVS fuera del PNAI
- Cuadro 31: Gasto de bolsillo población general
- Cuadro 32: Cantidad de UAIs por Regiones de Salud
- Cuadro 33: Sueldos e incentivos UAIs por provincias
- Cuadro 34: Gasto personal UAIs por tipo de institución
- Cuadro 35: Gasto en salarios e incentivo personal de salud de las UAI, año 2008
- Cuadro 36: Ejecución por Indicador Fondo Mundial 2008.
- Cuadro 37: Ejecución Fondo Mundial 2008 menos ejecución Sub-beneficiarios

RECONOCIMIENTOS

El equipo humano que llevó a cabo la investigación para la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), estuvo coordinado por Magdalena Rathe e integrado, además, por Alejandro Moliné, quien estuvo a cargo del trabajo de campo y Dania Guzmán, quien tuvo una participación central en todas sus etapas, desde la recolección de información de los proveedores, hasta el procesamiento de los datos, el manejo del software especializado, la producción y análisis de las tablas. Los tres autores colaboraron en el análisis y la redacción del informe final. También Carlos Ramos tuvo una participación importante en la recolección y procesamiento de datos estadísticos. Daniel Arán, consultor internacional de ONUSIDA, ofreció asesoría técnica durante el transcurso del proyecto así como capacitación en aspectos metodológicos, la cual se realizó primero en Ginebra, Suiza, a cargo de ONUSIDA, donde participó Magdalena Rathe; luego en México, a cargo de la Fundación Plenitud, adonde asistieron también Dania Guzmán y Alejandro Moliné y, finalmente, en la República Dominicana, a cuenta de ONUSIDA, participando todo el equipo investigadora.

El estudio fue realizado por la Fundación Plenitud, bajo contrato con COPRESIDA, con financiamiento de ONUSIDA. Ambas instituciones colaboraron en la planeación del trabajo, en la obtención de fuentes de información, en la revisión preliminar de los datos así como en la convocatoria a entidades relevantes de la respuesta nacional. De parte de Cristian Arán, de ONUSIDA-Ginebra, se recibieron importantes y detallados comentarios sobre la primera versión del informe final, con los cuales fue posible enriquecer sustancialmente el trabajo.

En todas las fases del proceso, recibimos la confianza y el apoyo incondicional de la Dra. Ana Navarro, coordinadora de ONUSIDA – República Dominicana, así como de Yordana Dolores, encargada de monitoreo y evaluación de la misma institución. En COPRESIDA, el Dr. Gustavo Rojas también brindó todo su apoyo, abriendo las puertas de la institución para el levantamiento de la información financiera indispensable para realizar este trabajo.

Un grupo importante de técnicos de varias instituciones de la respuesta nacional, participaron en la revisión del borrador de este trabajo. Además, numerosas instituciones y su personal contribuyeron con documentos, informaciones financieras, datos estadísticos, apreciaciones personales y apoyo de varias formas, cuyos nombres sería muy largo enumerar, además de correr el riesgo de olvidar a algunas personas.

También el resto del equipo de Fundación Plenitud, colaboró en diferentes etapas, desde la recolección de datos hasta la organización logística de actividades y el apoyo administrativo y financiero del proyecto.

Para todos, nuestro reconocimiento.

RESUMEN EJECUTIVO

La Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) es una herramienta básica, diseñada por ONUSIDA, para supervisar el cumplimiento de las funciones de seguimiento y evaluación de los recursos provenientes de fuentes internas y externas que se invierten en los países para dar respuesta a la epidemia del VIH y el SIDA. MEGAS se basa en una metodología transparente, accesible y fácil de implementar, con el objeto de rastrear los flujos de financiamiento y gasto vinculados a las intervenciones realizadas en respuesta a la epidemia del SIDA. Esto es importante, dado que mediante el rastreo sistemático del gasto en SIDA se hace factible dar seguimiento de políticas nacionales, lo que permite tomar decisiones adecuadas sobre el curso de los programas.

El Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), con el apoyo de ONUSIDA, se abocó a la realización del estudio sobre la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), para lo cual contrató a la Fundación Plenitud. En tal sentido, siguiendo la metodología recomendada por ONUSIDA, procuramos estimar el monto total de los recursos que se asignan para la respuesta nacional ante la epidemia, identificando las funciones, factores de producción y la población beneficiaria de dichas inversiones, es decir, el punto de partida de los fondos y su destino final.

La Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) se realizó para el año 2008, identificando cómo se movilizan los recursos a través de los distintos actores del sistema nacional implementado en la República Dominicana para dar una respuesta a la epidemia del VIH/SIDA. Esto permite dar respuestas a las preguntas cardinales de:

- ¿De dónde vienen los recursos? (Fuentes de Financiamiento)
- ¿Quién decide el uso los recursos? (Agentes Financieros)
- ¿A dónde van los recursos? (Proveedores de servicios sociales y de salud)

MEGAS presenta los flujos financieros en sus seis dimensiones, que son: las fuentes, los agentes, los proveedores, las categorías del gasto, los factores de producción y la población beneficiaria.

Los resultados del estudio indican que el gasto nacional en SIDA ascendió en el año 2008, a RD\$ 1,077 millones, equivalentes a US\$ 31.3 millones, de los cuales, el 49% fue financiado con fondos internacionales, el 26% con fondos privados y el 25%, con fondos públicos.

El 95% de los fondos internacionales (y el 40% del total), fue aportado por el Fondo Mundial. El 98% de los fondos privados (y 25% del total), correspondió a los hogares. El 62% de los fondos públicos (y 16% del total), fue aportado por el gobierno central, el resto correspondió a un préstamo del Banco Mundial.

Con relación al total de recursos asignados a la Respuesta Nacional indicados arriba, las decisiones sobre cómo invertirlos -- agentes de financiamiento -- correspondieron al gobierno para el 66% de los fondos, dentro del cual COPRESIDA administró la mitad de los recursos. El sector privado, esto es, los hogares dominicanos, gastaron el 53% de los fondos y los agentes del exterior administraron el 6% de los mismos. Estos últimos se refieren principalmente a las agencias de las Naciones Unidas, que ejecutan directamente sus presupuestos, así como al gobierno de los Estados Unidos, que lo hace directamente o a través de entidades contratadas para ejecutar proyectos.

La provisión de los servicios relacionados con el SIDA es realizada por instituciones públicas y privadas, estas últimas con o sin fines de lucro. Las instituciones del gobierno son las principales proveedoras, con el 46% del valor de los bienes y servicios, y, dentro de éstas, COPRESIDA ejecuta directamente la entrega de los mismos, con en el 42% del total entregado por los proveedores públicos (el 20% del gasto total). Los hospitales de SESPAS, las SAIs y los laboratorios y otros medios de diagnóstico, ejecutan el 25% del gasto de los proveedores públicos (12% del total).

El 28% del gasto en SIDA es ejecutado por proveedores privados sin fines de lucro, pero sólo el 5.5% corresponde a las SAIs que funcionan en ONG. Un 22.2% corresponde a instituciones de la sociedad civil, que reciben fondos de diferentes agentes, tanto nacionales como internacionales, pero que no administran programas de atención y tratamiento.

En relación con los proveedores que son empresas privadas con fines de lucro, estos ejecutan el 18% del gasto en SIDA. El grueso de estos recursos, un 13%, corresponde a las farmacias, que venden condones y medicamentos a los hogares. Las partidas que corresponden a medicamentos, consultas, exámenes de laboratorios y otros, fueron estimadas en base a consultas con expertos, por lo que es posible que se encuentren subestimadas.

En cuanto a las principales categorías de gasto en SIDA (o funciones), puede observarse que la principal de ellas es (40%) es la atención y el tratamiento. Le sigue la gestión y administración de programas (29%) y, en tercer lugar, la prevención (25%).

La terapia ARV constituye la principal partida de gasto (19.5%) seguida de la planificación, coordinación y gestión de programas, y en tercer lugar, los condones (9%). Otras partidas importantes son: la vigilancia de laboratorios (5%), la profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas (4.7%), el mejoramiento de la infraestructura (3%), la prevención de ITS (2.9%) y la prevención de la transmisión vertical (2.3%).

Si se clasifica el gasto por factores de producción (u objeto del gasto), se observa que el 94% de los mismos son de tipo corriente y el resto, de capital. Dentro del gasto corriente, el 62% del total, corresponde a materiales y suministros y el 28% a la renta del trabajo, que incluye los salarios y otras remuneraciones al trabajo.

Las principales partidas clasificadas por factores de producción son las siguientes: en primer lugar, los condones, que representan el 9% del gasto total, en segundo lugar los ARV, con el 7%, luego los viajes y servicios de transporte, con el 6.5%, siguiéndole la logística de eventos, incluido el catering, con un 3.4%, los reactivos y materiales, con un 2.2% y los alimentos y nutrientes, con un 2%.

En lo que concierne a la clasificación del gasto por población beneficiaria, los resultados pueden resumirse como sigue: el 40% del gasto en SIDA se destina a las personas que viven con VIH; un 16%, a la población general. Las poblaciones más expuestas (PR, HSH, CDI, otras), reciben un 1.2% del gasto. Las otras poblaciones clave (dentro de las que se incluyen los HNV, migrantes, niños de la calle, personas privadas de libertad, transportistas, entre otras), reciben el 4.4% del gasto. Las poblaciones accesibles específicas (estudiantes, militares, policías, empleados de fábrica), reciben el 0.8% del gasto en SIDA. Una proporción importante del gasto no puede ser clasificado por población, como el gasto en gestión de programas, así como otros que no permiten identificar la población. Estas partidas se incluyen en intervenciones no dirigidas, que contiene el 38% del gasto total en SIDA durante el año 2008.

Estos resultados se compararon con los de otros países de la región latinoamericana y del Caribe, llegando a la conclusión de que nuestro país gasta menos que otros en relación con el gasto nacional en salud, sobre todo tratándose de uno de los países que posee una prevalencia más alta en la región, y de que comparte la isla con Haití, que es el que tiene la mayor prevalencia, es más pobre y recibe una fuerte migración desde la porción occidental de la isla.

Asimismo, se observó que el programa nacional del SIDA depende fuertemente del financiamiento internacional y que recibe muy poco apoyo del presupuesto nacional. En especial, el tratamiento de las personas infectadas es dependiente de los fondos externos y, por lo tanto, no está sustentado sólida y viablemente. Se sugiere el aumento de los fondos públicos, particularmente, de la inclusión del tratamiento dentro del régimen subsidiado de la seguridad social.

También se observa una elevada proporción del gasto destinada a la gestión y administración de los programas, lo que sugiere problemas de eficiencia. Aunque pareciera haber poco énfasis en la prevención, esto requiere de investigaciones adicionales, para determinar la efectividad de las diferentes intervenciones en el proceso de detener la propagación de la epidemia. Para ello es imprescindible fortalecer el programa de monitoreo y evaluación, tanto de la epidemia en sí como de las acciones dentro de la respuesta nacional.

ACRÓNIMOS

ACDI	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional
AEBP	Alianza Estratégica por Base Poblacional
AF	Agentes de Financiamiento
APV	Asesoramiento y Pruebas Voluntarias
ARV	Medicamentos Antirretrovirales
ASOLSIDA	Alianza Solidaridad para la Lucha contra el VIH/SIDA
BM	Banco Mundial
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CD4	Cúmulo de Diferenciación
CDI	Consumidores de Drogas Inyectables
CESDEM	Centro de Estudios Sociales y Demográficos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
CGS	Categoría de Gastos en SIDA
CHAT	Mecanismo Nacional de Armonización y Concordancia
CNS	Cuentas Nacionales en Salud
COIN	Centro de Orientación Integral
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
FF	Fuentes de financiamiento / Fondos de financiamiento
FG	Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FP	Factores de producción
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
HNV	Huérfanos y niños vulnerables
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
INDAJOVEN	Instituto Dominicano Apoyo a la Juventud
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IO	Infección oportunista
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEGAS	Medición del Gasto en SIDA
n.c.o.	no clasificado en otra parte
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PB	Población Beneficiaria
PEN	Plan Estratégico Nacional en respuesta al VIH/SIDA
PNAI	Programa Nacional de Atención Integral
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROFAMILIA	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia
PS	Proveedores de Servicios
PSI	Population Service Information
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVVS	Personas viviendo con el VIH y SIDA
SEEPyD	Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo

SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SIAI	Sistema de Información de Atención Integral
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadores sexuales
UAI	Unidad de Atención Integral
UNFPA	Fondo de Población de la Naciones Unidas
UNGASS	Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y justificación

La Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) es una herramienta básica, diseñada por ONUSIDA, para supervisar el cumplimiento de las funciones de seguimiento y evaluación de los recursos provenientes de fuentes internas y externas que se invierten en los países para dar respuesta a la epidemia del VIH y el SIDA. MEGAS se basa en una metodología transparente, accesible y fácil de implementar, con el objeto de rastrear los flujos de financiamiento y gasto vinculados a las intervenciones realizadas en respuesta a la epidemia del SIDA. Esto es importante, dado que mediante el rastreo sistemático del gasto en SIDA se hace factible dar seguimiento de políticas nacionales, lo que permite tomar decisiones adecuadas sobre el curso de los programas.

Con la determinación de Gasto Nacional de SIDA se busca apoyar a las autoridades nacionales en el combate contra la epidemia, a través de:

- Disponer de informaciones sobre el uso de los recursos que permita una mejor asignación de los mismos.
- Contribuir a mejorar la coordinación del Programa Nacional con los principales actores envueltos.
- Proporcionar información para alimentar los indicadores UNGASS y, en general, al sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.

El Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), con el apoyo de ONUSIDA, se abocó a la realización del estudio sobre la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), para lo cual contrató a la Fundación Plenitud. En tal sentido, siguiendo la metodología recomendada por ONUSIDA, procuramos estimar el monto total de los recursos que se asignan para la *respuesta nacional* ante la epidemia, identificando las funciones, factores de producción y la población beneficiaria de dichas inversiones, es decir, el punto de partida de los fondos y su destino final, constituyendo cada movimiento una transacción financiera que en su conjunto conforman el MEGAS: una herramienta de evaluación y de planificación para generar información útil al proceso de toma de decisiones y la elaboración de políticas para reducir la epidemia del VIH en el país.

MEGAS, tal como se establece en la guía de definiciones y clasificaciones taxonómicas, contribuye a respaldar los principios de los “Tres Unos” del ONUSIDA¹, ya que brinda información estratégica para la gestión de la respuesta nacional al VIH/SIDA por medio de una única autoridad nacional coordinadora del SIDA que realiza aportes fundamentales para el marco de acción y colabora con la creación de un sistema único de monitoreo y evaluación.

MEGAS se fundamenta en tres dimensiones básicas que son el financiamiento (fuentes y agentes), la provisión (los prestadores de bienes y servicios, así como los factores de producción) y el uso (la población beneficiaria y las categorías del gasto). Esta metodología es adecuada para medir los gastos que ocasiona el VIH-SIDA, y se ha desarrollado tomando en consideración los desarrollos previos relativos a las cuentas de salud y de VIH-SIDA.

¹ El principio de los “Tres unos” para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH/ SIDA trata sobre Un marco de acción sobre el VIH/SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados; una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio; un sistema acordado de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

La realización del estudio de MEGAS es uno de los aspectos más importantes del seguimiento de la respuesta a la epidemia, porque refleja el compromiso efectivo del país con la misma. A través de este estudio, que constituye uno de los indicadores clave de UNGASS, podremos determinar en qué invierte en el país para responder a los retos que plantea esta enfermedad, así como quién aporta los fondos para ello y quiénes se benefician.

1.2 Propósito del estudio

MEGAS es el resultado de la colaboración de los diferentes departamentos de la Secretaría del ONUSIDA para desarrollar una metodología transparente, accesible y fácil de implementar, con el propósito de crear capacidades a nivel nacional y regional para el rastreo de los flujos de financiamiento y de los gastos vinculados a las intervenciones realizadas en respuesta a la epidemia del VIH, entendiendo que el rastreo sistemático del gasto en VIH es fundamental para permitir el desarrollo y el seguimiento de políticas nacionales, así como para las agencias que apoyan las respuestas nacionales al VIH.

Sobre esa base, el propósito fundamental para realizar un estudio de MEGAS es que se inserte, al igual que el informe UNGASS, como una herramienta de medición del alcance de los Objetivos del Milenio², de detener e invertir el curso de la epidemia para el 2015, así como para ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia.

1.3 Contenido del informe

El presente informe constituye el Informe Final de la consultoría de la Fundación Plenitud, para la realización del MEGAS. El mismo contiene todas las observaciones realizadas por los revisores técnicos del mismo – el consultor internacional Daniel Arán y los expertos de ONUSIDA, tanto nacionales como de su sede en Ginebra. Asimismo, ha sido validado por los principales actores nacionales. En resumen, el presente informe incluye lo siguiente:

- A manera de contexto, el primer capítulo presenta una breve síntesis de la situación de la epidemia a la fecha, los avances realizados por el país en lo que concierne al marco legal y al Plan Estratégico Nacional. En esta sección se presenta el mapa de actores institucionales realizado para fines del MEGAS, con los vínculos financieros entre los mismos, así como destacando su papel por tipo de entidad.
- El segundo capítulo presenta las bases conceptuales del MEGAS, definiendo ciertos conceptos claves, tales como las etapas del flujo financiero, los límites del gasto en SIDA, la triangulación de los agentes, las técnicas para el rastreo de los recursos, las dimensiones y vectores del MEGAS, el concepto de transacciones, la importancia de la calidad de los datos. Este capítulo se detiene explicando las diferentes clasificaciones que se usan para construir el MEGAS.
- El cuarto capítulo presenta brevemente las intervenciones preventivas, de tratamiento y mitigación que realiza el país como parte de la Respuesta Nacional, desde la perspectiva del MEGAS, es decir, se propone presentar aquello cuyo gasto se va a estimar en el estudio.

² ODM Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

- El quinto capítulo presenta las etapas del proceso de implementación del MEGAS en la República Dominicana, incluyendo temas tales como: la organización y montaje, la planificación del estudio, la recolección y procesamiento de los datos, los criterios de estimación, la utilización del software, el análisis e interpretación de los datos, la validación de la información, la preparación de informes y la difusión y utilización de la información. En un anexo especializado, se abunda con detalle sobre los criterios de estimación y en otro, sobre los eventos de lanzamiento, validación, capacitación y difusión.
- El sexto capítulo presenta y analiza los resultados de MEGAS, en sus seis dimensiones: fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, proveedores de servicios, población beneficiaria, categoría de gasto en SIDA y factores de producción. En anexo se incluyen los Reportes Estadísticos con las matrices MEGAS, a saber: gasto de fuentes de financiamiento por agentes de financiamiento; gasto de fuentes de financiamiento por categorías de gasto en SIDA; agente de financiamiento por categoría de gasto en SIDA; proveedor de servicios por agente de financiamiento; proveedor de servicios por categoría de gasto en SIDA; categoría de gasto en SIDA por tipo de fuentes de financiamiento (detallado); categoría de gasto en SIDA por poblaciones beneficiarias (detallado); monto de la categoría de gasto en SIDA (detallado); gasto en SIDA por población beneficiaria
- Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones del estudio.

II. CONTEXTO NACIONAL

2.1 Datos generales del país

La República Dominicana ocupa dos tercios de la isla de La Hispaniola, que es la segunda en tamaño del archipiélago de Las Antillas, en el Mar Caribe. El país está constituido por 31 provincias y un Distrito Nacional. Tiene una superficie territorial de 48,442 km² y la población estimada para el año 2008³ -- año al que corresponde la presente investigación -- fue de 9.6 millones de habitantes; 50.03% del sexo femenino y 49.96% del masculino.

Los indicadores demográficos indican una densidad poblacional de 195 personas por kilómetro cuadrado. Según la ENDESA 2007, un 94.7% de los hogares contaba con cobertura de agua intradomiciliaria, un 96.2% disponía de algún servicio sanitario, un 73.3% de servicio de basura. Ese mismo año la tasa de analfabetismo era de un 10.7% para la población de 10 años o más⁴.

Durante las últimas décadas, la economía dominicana experimentó elevadas tasas de crecimiento del PIB, en ocasiones, superiores a toda la región latinoamericana y del Caribe. Entre 1990 y 2009, la tasa de crecimiento de la producción nacional se ha estimado en 5.8% promedio anual⁵. En tal sentido, el ingreso per cápita ascendía en el 2008 a US\$4,798, lo que ubicaba al país entre los de ingreso medio. Sin embargo, las altas tasas de crecimiento no se tradujeron en una mejoría de la distribución del ingreso, que sigue estando concentrado en los estratos superiores. En efecto, en el 2004, las familias de clase media alta y alta concentraban el 56% del ingreso nacional, mientras que las familias de clase baja recibían sólo el 4% situación que no se cree se haya modificado en los últimos cinco años⁶.

En lo que respecta a los indicadores sociales, el país ha verificado mejorías en los últimos años, pero inferiores a lo esperado dado su nivel de desarrollo. En 1950 la población tenía una Esperanza de Vida al Nacer de 46.0 años, 149 de cada mil nacidos vivos morían antes de cumplir su primer año y el 65% de las muertes ocurrían antes de los 15 años de edad, mientras que sólo el 12.6% ocurría después de los 64 años. Pero para el 2005, la Esperanza de Vida al Nacer se estimaba en 71.4 años, la mortalidad infantil en 19.2 por mil y las muertes menores de 15 años representaban el 19.2% del total, mientras que las de 65 años y más era el 45.8%⁷. La mortalidad en la niñez ha descendido en los últimos años, pero continúa siendo superior a países de América Latina y el Caribe con condiciones económicas similares o menores. La mortalidad relacionada con el período perinatal es muy alta (22.1 por cada 100,000), considerando que casi el 100% de los nacimientos ocurren en instituciones hospitalarias y reciben atención prenatal profesional.

El país tiene una cobertura de atención profesional prenatal (98.9%), de atención institucional de los partos (97.5%) y de la atención profesional durante el parto (97.8%)⁸, valores muy

³ Oficina Nacional de Estadísticas, et. Al. República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Tomo IV. Población por edades simples y año calendario. Proyecciones derivadas. 1990-2015. Revisión 2007

⁴ SESPAS / OPS. Indicadores Básicos de Salud de República Dominicana, 2008

⁵ Rathe, Magdalena, Protección financiera en salud en la República Dominicana (en preparación), Fundación Plenitud / Observatorio Regional de la Salud de América Latina y el Caribe, México, 2009.

⁶ Informe sobre la pobreza en la RD, BID/BM, 2006.

⁷ Rathe, Magdalena y Alejandro Moliné, Mapa del sistema de salud de la República Dominicana, Fundación Plenitud / Observatorio Regional de la Salud de América Latina y el Caribe, México, 2009.

⁸ CESDEM/Macro International, ENDESA, 2007.

superiores a la mayoría de los países latinoamericanos (62.4% promedio continental). Sin embargo la mortalidad materna en el país se ha mantenido por encima de las 100 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Estudios previos han determinado que el 85% de las muertes eran evitables y estaban relacionadas con la calidad del servicio ya que las principales causas registradas son: toxemia, hemorragias y abortos. Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud ENDESA 2007 son de 159 muertes por 100,000 nacidos vivos⁹.

Los indicadores anteriores muestran los contrastes en un país que crece mucho pero que no logra traducir adecuadamente sus avances económicos en bienestar de su población. Dentro de este contexto es que se enmarca la epidemia del SIDA, así como la respuesta nacional para combatirla.

2.2 Situación General de la epidemia de VIH/SIDA en 2008

La República Dominicana comparte una misma isla con Haití, que es el lugar de mayor seroprevalencia en VIH en el Caribe y en todo el hemisferio occidental, siendo a la vez, el más pobre de toda la región. El gran flujo migratorio desde Haití hacia la República Dominicana, aumenta nuestro grado de vulnerabilidad frente a la enfermedad.

La situación de salud en el país se ha caracterizado por la elevada prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, a la vez que van progresivamente en incremento las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia. Uno de los problemas de salud más importantes del país es el SIDA, que en el 2000 alcanzó el grado de epidemia generalizada. En efecto, esta enfermedad se encuentra dentro de las principales causas¹⁰ de muerte reportadas por el sistema de epidemiología nacional.

La prevalencia del VIH a nivel nacional se estima en 1% de la población entre 15 y 49 años, lo que implica alrededor de 55,000 personas afectadas. El rango de edad entre 30-39 años es el de mayor riesgo, con una prevalencia de 1.5%. Este porcentaje aumenta en los sectores sociales de menores ingresos y menor educación, dado que la prevalencia se eleva al 2.6% entre las personas sin educación formal. La principal forma de transmisión es la heterosexual.¹¹

La prevalencia relativamente alta de la enfermedad se ha relacionado, en parte, con el alto flujo migratorio desde Haití, que es el país con mayor prevalencia en el hemisferio occidental. Pero sobre todo, es preciso vincularla con las condiciones de pobreza y el hacinamiento en sectores donde hay trabajadores temporales, como los bateyes cañeros y los trabajos de construcción, como en las zonas turísticas. En efecto, la ENDESA 2007 incluyó una submuestra en los bateyes, que arrojó una prevalencia del 5%.

“El Caribe tiene la prevalencia de VIH más elevada de todas las regiones – con la excepción del África subsahariana – con aproximadamente el 75% de los caribeños con VIH residiendo en Haití (el país más pobre del hemisferio occidental) o en República Dominicana. La prevalencia total en la región es de aproximadamente 1%. La pobreza, el desempleo, la iniciación sexual a temprana edad y la falta de conciencia con respecto al VIH contribuyen a los nuevos contagios en la región, de los cuales el 50% involucran a mujeres”.

Informe de Impacto de AIDS 2008, XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Agosto 2008, México

⁹ Rathe y Moliné, opus cit, 2009.

¹⁰ SESPAS – Dirección de Información y Estadísticas de Salud (DIES): Anuario Estadístico 2008.

¹¹ COPRESIDA, Memorias 2009.

Como se observa en el gráfico¹², las regiones VII y V son las de mayor prevalencia del VIH. La primera hace frontera con Haití y la región V, por su parte, es una zona cañera, con abundantes bateyes y, además, constituye la principal zona turística del país, donde en los últimos años se ha construido la mayor oferta habitacional, tanto de hoteles como de propiedades inmobiliarias turísticas. Todo este esfuerzo de construcción implica poblaciones de trabajadores temporales, que se hacían en barrancones similares a los bateyes. Una gran parte de esa mano de obra es, además, de origen haitiano.

Gráfico 1: Prevalencia de VIH, en población adulta por regiones de salud.



Algunas estimaciones realizadas en el país indicaban el estado esperado de la epidemia al 2008, observándose disparidad en las cifras, según las diferentes fuentes consultadas, tal como se presenta en la tabla a continuación:

Tabla 1: Estimaciones Nacionales VIH/SIDA para el 2008			
Indicador	Copresida ¹³	ONUSIDA ¹⁴	OPS/OMS ¹⁵
Población Viviendo con VIH	69,510	62,000	62,009
Prevalencia en Adultos	1.15%	1.1%	0.94%
Casos Nuevos de SIDA	6,280	N/D	N/D
Nacimientos Anuales de VIH+	502	N/D	229
Casos Nuevos de VIH	7,661	N/D	4,557
Incidencia de VIH en adultos	0.15%	N/D	0.07
Muertes anuales por SIDA	5,340	3,900	3,984
Muertes acumuladas por Sida	87,150	N/D	63,331

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud a partir de datos de COPRESIDA, ONUSIDA y OPS/OMS

La epidemia presenta un predominio masculino con el 62.71% de los casos, mientras las mujeres significan el 37.29%. La razón de casos Hombre/Mujer por año se ha ido acercando, lo que muestra un número cada vez mayor de mujeres infectadas con VIH. Según ENDESA 2007 como vía para prevenir el riesgo de contraer el VIH/SIDA el método considerado más eficaz fue el de tener una pareja fiel, siendo afirmado tanto en hombres como mujeres: 90.2 y 87.6 por ciento. El segundo método de prevención señalado a nivel nacional por 88.3% de los hombres y el 88.3% de las mujeres fue el uso del condón masculino. Este estudio reveló que en la última relación sexual de alto riesgo los hombres hicieron uso del condón masculino en un 67%, mientras las mujeres hicieron uso del condón en un 39.7%.

¹² COPRESIDA, Memoria 2009.

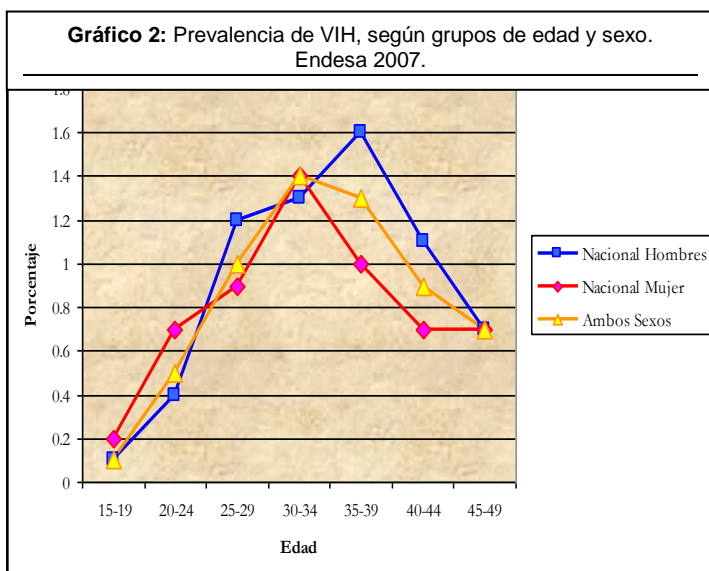
¹³ COPRESIDA, Análisis de Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA, Rep. Dominicana, 2007

¹⁴ UNAIDS, Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, 2008 update, December 2008

¹⁵ OPS/OMS - ONUSIDA, Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, Diciembre 2007

A pesar de ser el VIH/SIDA una enfermedad de transmisión sexual, también tiene un impacto en la mortalidad y la infección en los niños menores de 14 años. Estimaciones nacionales¹⁶ proyectaron una población infantil viviendo con VIH de alrededor de 2,600 niños, de los cuales se calculó que al menos unos 229 se infectaron en el año 2008. La evolución del VIH en los niños es mucho más rápido que en adultos por lo tanto un gran parte muere en los tres primeros años de vida si no son tratados con ARV.

Para el año 2008, la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual (DIGECITSS) reportó que un total de 786 infantes se encontraban recibiendo ARV, cantidad que supera en un 12% el total de 700 previstos en las estimaciones nacionales, lo que indica que la ampliación de la cobertura que está teniendo el Programa Nacional de Atención Integral (PNAI).



La serología del VIH de ENDESA 2007 reveló una prevalencia de 0.8% en la población sexualmente activa (15 - 49 años). Conjuntamente con otros datos que levanta el sistema nacional de epidemiología, se determinan las prevalencias a nivel nacional, que ronda el 1%. El gráfico adjunto muestra las tasas de prevalencia por grupos de edad y sexo, según los resultados de dicha encuesta.

En el año 2008 se realizaron otros estudios dirigidos a grupos específicos de riesgo. En tal sentido, el informe de la Primera Encuesta de

Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en VIH y otras ITS, realizada por COPRESIDA en el 2008, develó que en los grupos GTH en la provincia de Barahona (una de las electas considerando criterios epidemiológicos), se notó una elevada prevalencia de VIH y Sífilis, aunado con el bajo uso del condón. En cuanto a las TRSX, el estudio indica que, en todas las provincias (Santo Domingo, Santiago, Barahona y La Altagracia), mientras mayor conocimiento tiene de sus parejas menor es el uso del condón. Para el caso de los usuarios de drogas, el estudio estimó que los UDI no eran comunes, sin embargo, la alta prevalencia de la Hepatitis C, llevó a los investigadores a intuir que los mismos ocultaban su verdadera vía de administración de las drogas.

¹⁶ OPS/OMS - ONUSIDA, Informe Estimaciones Nacionales de la Epidemia VIH/SIDA en la República Dominicana, Diciembre 2007

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL SIDA EN EL CARIBE 2009

- a.- Como los datos de comportamiento en la región son escasos, es difícil determinar si los descensos en las nuevas infecciones refleja la evolución natural de la epidemia o el impacto de los esfuerzos de prevención del VIH. Sin embargo, una reciente revisión de los datos epidemiológicos y de comportamiento en la República Dominicana llegó a la conclusión de que el notable descenso en la prevalencia del VIH, reportada en ese país, era probable que se debiera a cambios en el comportamiento sexual, incluida el mayor uso de preservativos y la reducción de parejas, aunque el estudio también puso de relieve los altos niveles de la infección por VIH entre hombres que tienen sexo con los hombres (Halperin DT et al. (2009). *Understanding the HIV epidemic in the Dominican Republic: a prevention success story in the Caribbean? Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51:S52–S59.). Pág. 53
- b.- Aunque los datos del comportamiento de toda la región son algo limitados, hay pruebas en la República Dominicana de cambios importantes en el comportamiento sexual. En particular, los indicios sugieren que la disminución de la prevalencia del VIH en ese país puede estar relacionada con el uso de preservativos y la reducción de parejas múltiples entre los hombres (Halperin et al., 2009).
- c.- Hay una variación de casi siete veces en la prevalencia del VIH entre las diferentes regiones de la República Dominicana (Pan American Health Organization (2008). *Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana*. Washington, DC, Pan American Health Organization), con una prevalencia del VIH, especialmente elevada en ex-haciendas azucareras del país (bateyes) (Centro de Estudios Demográficos y Sociales y Measure DHS, 2007). Pág. 54
- d.- La encuesta de República Dominicana sobre los hombres que tienen sexo con hombres encontró que el 11% estaban viviendo con el VIH y que sólo la mitad (54%) reportaron usar condones durante el coito anal con otro hombre (Toro-Alfonso JV - 2005. *Proyecto Delta: identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias, y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombre que tienen sexo con hombres en la República Dominicana. Final Report, Proyecto CONECTA, USAID* (cited in Cácares CF et al. (2008).). El continuo crecimiento de la prevalencia de los varones, entre las personas que viven con el VIH en la República Dominicana, un país en el que se creía que la transmisión de la epidemia era heterosexual es su gran mayoría, ha llevado a los investigadores a concluir que la transmisión sexual entre los hombres puede explicar una proporción mucho mayor de las infecciones (Halperin et al., 2009). Pág. 56

AIDS epidemic update: November 2009. I. UNAIDS. II. World Health Organization

2.3 Marco legal de la lucha contra el VIH/SIDA

El diagnóstico del primer caso de SIDA en la República Dominicana ocurrió en 1983. A partir de entonces se iniciaron las acciones para responder a la epidemia. En 1987 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) creó el Programa para el Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS), hoy Dirección General para el Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). Posteriormente, la SESPAS crea una unidad de coordinación multisectorial, la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), que luego, mediante Decreto presidencial 32-01 se constituye en el COPRESIDA.

El 31 de diciembre del 1993 fue promulgada la Ley No.55-93 sobre SIDA, que es el instrumento jurídico que sienta las bases para garantizar los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en el país. Esta ley surgió de un proceso participativo de diversos sectores de la sociedad dominicana con el apoyo de las agencias de cooperación internacional, constituyéndose en la primera de América Latina y el Caribe sobre el tema.

Al momento de su oficialización, la pieza legislativa fue una norma legal avanzada que hacía especial énfasis en la información y prevención de la enfermedad, en el reconocimiento de los derechos de de las personas con VIH/SIDA y en las sanciones contra las acciones discriminatorias. Sin embargo, la ley no ha sido difundida ampliamente entre la población, ha sido deficiente su cumplimiento integral y las debilidades del sistema judicial del país no estimulan el ejercicio de los derechos de las PVVS.

En la actualidad, hay un proceso en marcha para modificar y superar los contenidos originales de la Ley y ya se dispone de un Anteproyecto de Reforma que ha sido introducido a las cámaras legislativas del país, pero que aún está pendiente de ser sometida a vistas públicas. La modificación del marco legal actual se justifica en los cambios operados en las premisas sociales vigentes al inicio de la década del 90 en el país, en la inacción e incumplimiento por parte de las autoridades nacionales de algunos de los mandatos legales contenidos en la misma y en la necesidad de ajustar la pieza a las nuevas directrices nacionales e internacionales que se han definido para enfrentar la epidemia. De forma más específica el documento sobre el Análisis de la Situación del SIDA del 2007 señala:

- La necesidad de armonizar su contenido con la Ley General de Salud (Ley 42-01) y con la Ley que Crea el Nuevo Sistema de Seguridad Social Dominicano (Ley 87-01).
- El reforzamiento de la confidencialidad, de la consejería, de la equidad de género y las garantías de respeto a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS).
- La inclusión de la penalización de conductas discriminatorias en contra de personas afectadas por el VIH/SIDA.
- La ratificación de la prohibición de las pruebas obligatorias.
- El reconocimiento del derecho a la atención integral, incluyendo el suministro de ARV.
- La supresión de la consideración de tentativa de homicidio contemplada para aquellos que, conociéndose portadores del VIH/SIDA, contagiaran a otras personas en una relación sexual en la que no comunicaron, previamente, su condición a la pareja.

Además el mismo documento sugiere que, como forma de consolidar el funcionamiento institucional de la máxima instancia de coordinación y conducción de la respuesta nacional al VIH/SIDA, se busca establecer legalmente la existencia del Consejo Presidencial del SIDA

(COPRESIDA) para que pueda recibir financiamiento directo del Presupuesto Nacional de la República.

Es importante destacar que la ley puede ser modificada y mejorada, pero esto no necesariamente va a aumentar su aplicabilidad. Para que se convierta en una norma viva que genere verdaderos cambios sociales en el país se requiere de una proactividad y de un empoderamiento profundo de sus derechos por parte de las PVVS.

2.4 El Plan Estratégico Nacional: avances en el 2008

El primer ejercicio de planificación con vocación nacional fue el Plan Nacional para la Prevención y Control del SIDA, formulado para el período 1997-2001. Este Plan identificaba tres componentes básicos: a) prevención de la transmisión sexual; b) prevención de la transmisión sanguínea; y c) prevención de la transmisión perinatal.

Posteriormente, CONASIDA, en coordinación con PROCETS, elaboró el Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA para el período 2000-2003. La formulación del Plan fue un ejercicio multisectorial, de carácter nacional, que logró la integración y participación de instancias del gobierno, organizaciones no gubernamentales, agencias de cooperación internacional e instituciones representativas de la sociedad civil. El Análisis de la Situación del SIDA 2007 indica que este Plan Estratégico Nacional organizó la Respuesta Nacional en tres categorías: a) Políticas Públicas/Planificación, b) Atención Integral, y c) Sistemas de Información. El esfuerzo se realizó de acuerdo a la Guía de Planificación Estratégica publicada por ONUSIDA en 1998, que incluye cuatro fases: a) análisis de situación; b) análisis de repuesta; c) formulación del plan; y d) movilización de recursos.

A finales del año 2006, el COPRESIDA encabezó un proceso de análisis de la situación y respuesta a la epidemia del VIH y SIDA, que culminó con el Plan Estratégico Nacional (PEN) para la prevención y el control de las ITS, VIH y SIDA en el período 2007-2015, elaborado con una amplia participación social, multisectorial y multidisciplinaria. Se realizó un Plan Operativo Bidual, donde sólo los años 2007 y 2008 fueron costeados.

Fuentes diversas, tales como la prensa nacional, la web institucional del COPRESIDA, así como datos de la DIGECITSS, destacan el cumplimiento de las estrategias del PEN durante el 2008, lo que evidencia un avance significativo en la consecución de los objetivos y líneas de acción prevista en el mismo, a este fin, señalamos algunos resultados:

Estrategia de Políticas Públicas – Implementación de políticas públicas que da una respuesta nacional sostenible a las ITS, al VIH y al SIDA:

- Primera encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica en poblaciones vulnerables (gay, transexuales y otros HSH, TRSX y UD) con la finalidad de conocer la realidad epidemiológica y de comportamiento de esos grupos prioritarios.
- Negociación para la incorporación de personas viviendo con el VIH en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), logrando incorporar unas 7,000 a diciembre 2009.
- Inauguración de la UAI en Elías Piña, zona fronteriza del país.

Estrategia de Movilización Social – Movilización de la Sociedad Civil en el fortalecimiento de la respuesta nacional a las ITS, al VIH y al SIDA:

- Firma de acuerdos con ONGs para brindar servicios de atención (Fundación Mir).

- Firma de convenio con el Centro de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (CENISMI), y el Instituto Dermatológico y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert (IDCP), para unificar esfuerzos y crear una comunidad científica, con la finalidad fomentar y realizar investigaciones sobre VIH y SIDA. En este sentido, el CENISMI, conjuntamente con COPRESIDA, DIGECITTS de Rep. Dominicana y la Universidad de Miami presentaron un paper para el libro de la XVII Conferencia Internacional de SIDA, celebrada en Agosto 2008, en México sobre “Baja tasa de adherencia a los regímenes de TARV de las personas VIH positivas que viven en la Rep. Dominicana”.

Estrategia de Promoción y Prevención – Desarrollo de programas de promoción y prevención multisectoriales de ITS, VIH y SIDA, basados en evidencia:

- Modelo de intervención educativa para el cambios de actitudes y conductas en niños y niñas de Cristo Rey, Guachupita y Sabana Perdida con relación al VIH y SIDA, y con el proyecto Actuemos por la Vida del Teatro Guloya.

Estrategia de Atención Integral – Acceso Universal a la atención integral a las PVVS y afectados en programas intersectoriales:

- Incorporación al Programa Nacional de Atención Integral (PNAI) de nuevos pacientes (3,506 PVVS) 2,873 a tratamiento antirretroviral y 633 a seguimiento clínico.

En el 2008 unos 22,925 pacientes estaban ya en el PNAI, tanto recibiendo tratamiento antirretroviral o en seguimiento clínico. La distribución de los pacientes por regiones en el país se presenta en el cuadro siguiente:

Tabla 2: Datos de población VIH/SIDA por regiones de salud y PVVS dentro del PNAI al 2008				
Regiones de Salud (RS)	Población Total por RS	Población VIH/SIDA por RS	Población VIH/SIDA en Seguimiento Clínico y TARV	Población en PNAI como % población VIH/SIDA
Región 0	3,408,463	20,451	12,255	59.92%
Región I	899,107	5,395	457	8.47%
Región II	1,572,538	14,153	3,999	28.26%
Región III	635,544	5,084	72	1.42%
Región IV	387,388	3,486	566	16.23%
Región V	978,712	11,745	3,098	26.38%
Región VI	533,124	2,212	673	30.42%
Región VII	424,657	6,795	968	14.25%
Región VIII	765,674	4,594	837	18.22%
Total Nacional	9,625,207	73,915	22,915	31%

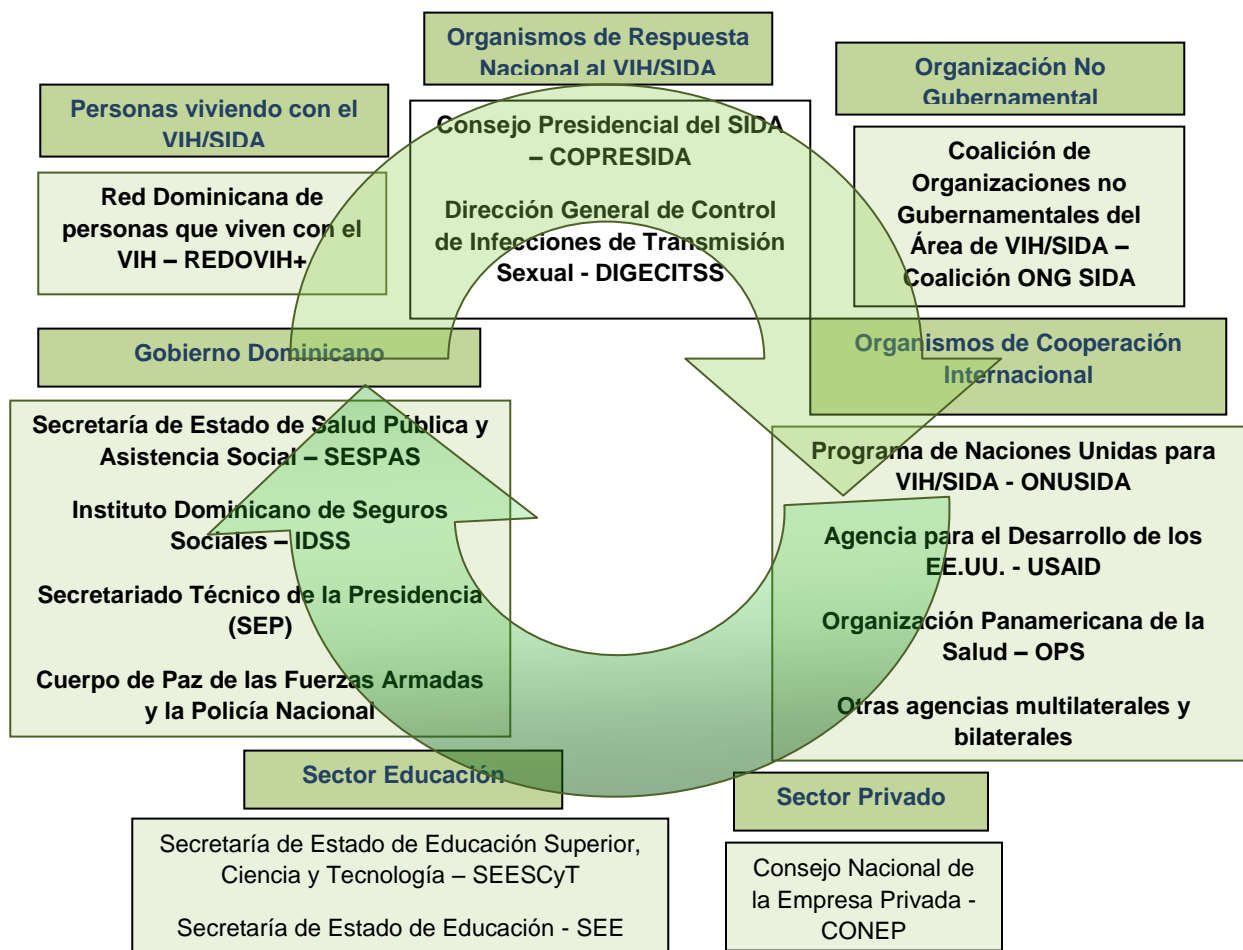
Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud con datos de población proyectada de la ONE (*), población estimada de VIH de la Endesa 2007 (**) y pacientes en SC y TARV de la DIGECITSS (***)

Sin embargo, hemos de destacar que al 2009¹⁷ este número se incrementó a 26,631 PVVS dentro del PNAI, de los cuales 14,149 se encontraban en seguimiento clínico y 13,566 en tratamiento antirretroviral.

¹⁷ COPRESIDA, Memorial anual 2009

2.5 Mapa de actores institucionales

Gráfico 3: Mapas de Actores Institucionales



2.5.1 El Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)

El 24 de agosto del 2000 se constituyó, mediante el decreto No.596-00 del Poder Ejecutivo, la Comisión Presidencial del SIDA con la responsabilidad de rendir un informe en un plazo de noventa días sobre la situación de la epidemia, las posibles respuestas y recomendaciones al respecto. Como resultado de este informe se crea mediante decreto presidencial 32-01 del 8 de enero del 2001, el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). La constitución de esta máxima instancia responde a la necesidad de darle un apoyo político del más alto nivel a la lucha contra el VIH/SIDA en el país, así como a la importancia de crear un espacio de coordinación que aglutine a los principales sectores involucrados en la lucha contra una epidemia que desborda los límites del sector salud,

El decreto 596-00 define la función fundamental de COPRESIDA, que reza que debe “velar por el fiel cumplimiento de la Ley 55-93 sobre SIDA y trazar la política a seguir en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA a nivel nacional utilizando para su ejecución y actividades operativas los departamentos oficiales y ONG ya existentes que funcionen en el país y otros a crearse”. Establece, además que COPRESIDA trazaré un plan maestro nacional de la estrategia a seguir en la lucha contra el VIH/SIDA el cual tendrá metas y objetivos a corto mediano y largo plazo.

COPRESIDA, tal como se figuró en el esquema, está integrado por nueve representantes de instituciones públicas, incluyendo las Fuerzas Armadas, de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), del sector privado y de personas que viven con VIH/SIDA. Hay también un Director Ejecutivo designado por el Presidente de la República, tal como se presenta en el esquema a continuación.

2.5.2 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

La SESPAS es el organismo ejecutor, dentro del sector salud, de las políticas relacionadas con el VIH-SIDA. En febrero de 1987 se creó el Programa de Control de Enfermedades Sexuales y SIDA, (PROCETS), bajo la dependencia de la División de Epidemiología de esta misma Secretaría de Estado. La función principal de este programa fue la de ser responsable de la ejecución de las políticas nacionales de prevención y control de la epidemia de VIH/SIDA y de otras ITS en la República Dominicana. Uno de los logros fue la implementación temprana, en 1991, del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, habiendo sido uno de los primeros de la región.

En el año 2000 se constituye la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), con la finalidad de expandir el rango de acción del PROCETS debido al avance de la epidemia del VIH/SIDA y su impacto en el desarrollo social y económico. Su misión es la de reducir la transmisión del VIH/SIDA y las ITS en la República Dominicana, así como contribuir a mitigar el impacto de la epidemia. Sus principales áreas de acción son las siguientes:

- a) **Vigilancia Epidemiológica e Investigación:** Organiza y fortalece las acciones epidemiológicas y de investigación que generan datos e informaciones de la epidemia del VIH/SIDA en el país. Realiza proyecciones y estimaciones sobre la evolución de la epidemia y aplica periódicamente una serie de encuestas de seroprevalencia.
- b) **Laboratorio y Banco de Sangre:** Fortalece la Red Nacional de Laboratorios y apoya el diagnóstico y monitoreo de las ITS/VIH/SIDA. Promueve normas y monitorea todo lo concerniente al tamizaje de sangre segura para las transfusiones.
- c) **Información Educación y Comunicación:** Ofrece IEC para que la población asuma su sexualidad de forma consciente y responsable conjuntamente con ONG y OBC. Informa sobre comportamientos de riesgo y medidas de prevención que modifiquen conductas y entornos que facilitan la transmisión de las ITS/VIH. Además, incrementan los conocimientos y las habilidades sobre la utilización del uso del condón con énfasis en los jóvenes y en los grupos de alto riesgo.
- d) **Planificación, Gestión y Administración:** Prevé las acciones y recursos necesarios para dar respuesta a cada una de las áreas de acción.
- e) **Control de las ITS como medida de prevención del VIH/SIDA;** Normaliza a nivel nacional los servicios según normas de atención de ITS y de acuerdo al modelo de atención.
- f) **Control de la Transmisión de VIH/SIDA Madre a Hijo:** Normatiza y desarrolla acciones para la prevención de la transmisión vertical.
- g) **Consejería Pre y Post Prueba:** Garantiza los servicios de consejería pre y post prueba VIH y otras ITS en los centros donde se indican y/o realizan pruebas diagnósticas según normas nacionales.
- h) **Atención integral del VIH/SIDA:** Coordina acciones que garanticen la atención integral a PVVS dentro de la red de servicios públicos, adecuando los procedimientos de atención integral de acuerdo con los diferentes niveles de atención y los avances tecnológicos y farmacológicos.

- i) **Redes y grupos de apoyo:** Coordina distintas organizaciones formales y no formales, públicas y privadas y sin fines de lucro, para dar soporte a las acciones de prevención en el área de ITS/VIH/SIDA a través del intercambio y el aprendizaje mutuo.

La SESPAS, a través de su brazo ejecutor, la DIGECTISS, dirige el Programa de Atención Integral a las Personas que viven con VIH y SIDA (PVVS), que es ofertado a través de las Unidades de Atención Integral (UAI). Estas son servicios especializados, prestados por un equipo multidisciplinario formado por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores pares, que cuentan el apoyo en lo requerido de bioanalistas y farmacéuticos.

Los servicios de atención integral se ofrecen a través de instituciones de atención con cobertura a nivel nacional que incluye a la: SESPAS-DIGECITSS, diversas organizaciones no gubernamentales (ONG), Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS), Sanidad Policial y Sanidad Militar. A través de estas instituciones, se provee terapia antirretroviral (TARV) y un seguimiento longitudinal de las PVVS, que a diciembre 2008 abarcaba 11,072 pacientes en seguimiento y 11,853 en TARV, de los cuales el 96% eran adultos (21,915) y el resto – 4% - eran infantes (1,010).

2.5.3 Rol del Sector Privado Lucrativo

Como parte de la respuesta multisectorial al VIH/SIDA, COPRESIDA ha venido logrando la incorporación gradual de sectores importantes de la sociedad a la lucha contra la epidemia. Uno de los sectores con que COPRESIDA ha trabajado es el empresarial, con el que ha firmado una serie de acuerdos, entre los que podemos mencionar el suscrito con el Grupo Punta Cana, que maneja varias empresas turísticas en la costa Este del país. También el firmado con la Asociación Nacional de Hoteles y Restaurantes (ASONAHORES) para ejecutar actividades de prevención en el área turística, así como el acuerdo con la Casa Vicini para llevar a cabo acciones contra el VIH/SIDA en los bateyes azucareros que son la principal área de riesgo del país, entre otros.

Estos acuerdos han evidenciado el interés del sector empresarial en el tema del VIH/SIDA y la preocupación del gobierno en la conformación de alianzas para enfrentar la epidemia. Sin embargo, los acuerdos han confrontado inconvenientes para su ejecución. El principal de ellos ha sido el financiamiento, tanto en lo referente a la contribución económica complementaria que se requiere de los sectores empresariales, como a la asignación de contrapartidas nacionales por parte del gobierno, cuando se trata de proyectos con financiamiento externo.

2.5.4 Rol de las ONG

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones comunitarias de base que participan en la lucha contra del SIDA realizan un importante trabajo en la prevención y el tratamiento de la epidemia en el país. Las ONG iniciaron sus trabajos de VIH/SIDA en el país en 1986 con la aparición del Patronato de Lucha contra el SIDA. Participan activamente en la prestación de servicios clínicos dentro del Programa de Atención Integral, en el diseño y formulación de políticas, en el desarrollado de modelos de intervención para cambios de comportamiento y en la producción de materiales educativos, entre otras cosas.

Las ONG tienen una alta motivación y credibilidad en el sector, han aportado valores y experiencias, teniendo una presencia continua a través del tiempo y contribuyendo al surgimiento de un liderazgo nacional en la lucha contra el VIH/SIDA, recibiendo apoyo técnico y

financiero de agencias internacionales, del gobierno y de recaudación de fondos de la sociedad en general.

La mayoría de las ONGs que trabajan el tema de VIH/SIDA se encuentran organizadas en la Coalición ONG/SIDA. Esta institución, conformada en febrero del 1997, agrupa alrededor de 30 de las ONGs más importantes del país en materia de lucha contra el VIH/SIDA. La Coalición persigue los siguiente objetivos: a) fortalecer y desarrollar acciones que incidan en las políticas públicas; b) propiciar el fortalecimiento y desarrollo institucional, que permita la integración efectiva de sus miembros y el posicionamiento social; c) captar y canalizar fuentes de financiamiento que garanticen sostenibilidad e independencia a la Coalición; d) promover el aglutinamiento de diversos sectores en la lucha frente al VIH/SIDA; e) crear alianzas estratégicas, con ONG, agencias de cooperación internacional y gobierno para impulsar la lucha contra el SIDA; f) impulsar que se destinen mayores recursos económicos del Estado y la cooperación internacional para la lucha contra el SIDA; y g) desarrollar publicaciones periódicas.

Otra organización que es importante destacar es el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) que agrupa las ONGs que trabajan en el área de Salud, algunas de las cuales abordan el tema del VIH/SIDA y en unos casos son también integrantes de la Coalición.

Además del importante papel de las ONGs en la prevención del VIH/SIDA, se contempla su participación en el modelo de atención integral en las áreas de consejería, tratamientos de ARV y en los Centros de Día. Las contribuciones de las ONGs son muy diversas en la lucha contra el VIH/SIDA en el país, algunas de las cuales están contempladas en el Análisis de la Situación del SIDA del 2007, a saber:

- a) Participación en instancias de decisiones, planes y estrategias.
- b) Sensibilización frente al tema de VIH/SIDA.
- c) Contribución al empoderamiento de actores vulnerables.
- d) Participación en la definición del marco legal del sector.
- e) Integración de actores diversos.
- f) Participación en el desarrollo de modelos de intervención para cambios de comportamiento.
- g) Desarrollo de instrumentos y materiales educativos de calidad.
- h) Seguimiento de agenda programática.

Las ONGs del área de SIDA confrontan también debilidades institucionales y gerenciales que afectan el desempeño de sus acciones, pero no se puede emitir un juicio generalizado ya que existen desniveles en el desarrollo, dependiendo de los recursos que se manejen, la experiencia y la calidad del personal que las integre.

2.5.5 La organización de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS)

La organización de las personas viviendo con VIH/SIDA, es uno de los aspectos más importantes de la respuesta nacional a la enfermedad. La primera organización nacional de este tipo fue la *Red de Personas que Viven con VIH/SIDA (REDOVIH)*, orientada a “proveer apoyo emocional y legal” y a “propiciar el empoderamiento y respeto de los derechos humanos” de las PVVS. REDOVIH es una red de grupos de autoayuda y de personas independientes que viven con el VIH/SIDA, que empezó a operar en 1997 y que tiene actualmente más de 2000 miembros y que forma parte del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) de la propuesta del Fondo Global para el VIH/SIDA.

La Red fomenta la participación de sus integrantes y busca generar respuestas consensuadas e institucionalizadas. Trabaja en el apoyo emocional de sus miembros, en IEC y busca que las personas seropositivas sean agentes de cambio y se incorporen a la prevención del VIH. Su principal logro ha sido el acceso a Tratamiento antirretroviral mediante una demanda al Estado dominicano en el año 2003, donde REDOVIIH, en representación de 125 PVVS, interpuso una petición en la CIDH, obteniendo un fallo favorable en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. REDOVIIH ha jugado un importante papel internacional y sus miembros han ocupado posiciones de importancia en la Red Caribeña de Personas que Viven con VIH, el Consejo Mundial de Mujeres que Viven con VIH y la Red Global de Personas que Viven con VIH/SIDA.

Al 2008, REDOVIIH recibía fondos de diferentes organismos internacionales para el desarrollo de proyectos a favor de los PVVS y otras poblaciones vulnerables, tales como:

- Fondo Global:* Programa de Apoyo a PVVS y sus familias: cuyo fin era contribuir a la reducción de la transmisión del VIH/SIDA y la formación de pares que prestan servicio en las UAlS a nivel nacional.
- UNICEF:* Proyecto Rescate 2: orientado al apoyo y educación a UDI.
- UNESCO:* Proyecto Mejorando: apoyo al PNRTV.
- UNPHA:* Proyecto Juventud Positiva - educación y activismo en jóvenes
- USAID:* Proyecto Prevención del VIH/ SIDA y Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos a PVVS.

Adicionalmente, en octubre del 2003 queda incorporada la *Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH-SIDA (ASOLSIDA)*, que agrupa también a las PVVS, cuya misión la confiere como una institución sin fines de lucro formada por diferentes grupos de interés, personas infectadas y afectadas por el VIH y/o SIDA en la República Dominicana, con la misión de formar líderes sobre la base de la equidad, justicia y solidaridad, con el objetivo de incidir política y socialmente en la mejoría de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, apoyando el surgimiento de propuestas de servicios integrales de salud, sociales psicológicos y legales con calidad y calidez, actuando dentro de un marco del respeto a la ciudadanía y los derechos humanos¹⁸.

2.5.6 Rol de la cooperación internacional

La cooperación internacional ha sido clave en la lucha contra el VIH-SIDA. La mayor parte de las intervenciones que se realizan en la actualidad, están apoyadas por los fondos provenientes del exterior que aportan los organismos internacionales.

Las agencias de cooperación internacional funcionan de diferentes maneras, entre las que se destacan las intervenciones directas, los recursos para apoyar a las acciones públicas y para el fortalecimiento institucional y las que se ejecutan a través de organismos no gubernamentales.

Varias de las instituciones correspondientes a las Naciones Unidas, funcionan en el país y apoyan intervenciones diversas. Entre ellas se encuentra ONUSIDA, el PNUD, la OPS, UNICEF y FNUAP. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) tiene una larga historia de apoyo al país en el tema del VIH-SIDA, a través de diversos proyectos, tales como el de CONECTA que finalizó a mediados del 2008 y en el cual el grueso de los fondos de estaba destinado a estas actividades. Otro proyecto financiado por USAID,

¹⁸ Proyecto presentado a COPRESIDA para el RCC, 2009.

REDSALUD, ha apoyado la descentralización de DIGECITSS dentro del marco de la reforma del sistema de salud. En este sentido, se ha apoyado a las instancias locales de SESPAS en la región V (Este) y a instituciones de la sociedad civil para la elaboración de diagnósticos, organización de capacitaciones e implementación de intervenciones prioritarias. También la Unión Europea (UE) y diversos fondos bilaterales han tenido alguna participación.

Desde el año 2002 hasta el 2008, el país contó con recursos de un préstamo del Banco Mundial para financiar el Proyecto de Prevención y Control del VIH-SIDA, ascendiente a US\$25 millones. Este proyecto, ejecutado durante un período de cinco años, representó el primer paso de una estrategia integrada a nivel regional para combatir el VIH-SIDA en el Caribe. El proyecto brindó asistencia al gobierno de la República Dominicana para frenar la propagación de la epidemia del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) a través del incremento de programas y actividades dirigidas a grupos de alto riesgo; la expansión del conocimiento sobre el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) entre de la población general; y el fortalecimiento de la capacidad institucional con el fin de asegurar la efectividad y sostenibilidad del esfuerzo

En 2004, se firmó un proyecto con el Fondo Global, por un valor de US\$49 millones, con la finalidad de mejorar y ampliar los servicios contra el VIH en el país, enfocándose, particularmente, en los grupos más vulnerables del país, como las trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres y la población de inmigrantes. Además, ha tenido como objetivo ampliar la cobertura de las terapias antirretrovirales.

También en el 2004, se firmó un acuerdo con la Fundación Clinton, para financiar parte del programa nacional de atención integral, incluyendo la gestión de recursos para la compra de antirretrovirales.

Cabe destacar que la cooperación internacional en la República Dominicana no sólo desembolsa recursos al COPRESIDA, sino que lo hace directamente a las ONGs. Para el año 2008 el COPRESIDA manejó recursos del Fondo Mundial, desarrollando proyectos a través de diversas entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Otras entidades internacionales que durante el 2008 contribuyeron a la respuesta nacional fueron: USAID, GTZ, ONUSIDA, UNICEF, TIDES, Columbia University, IPPF / MG, Fund. West Wind, Jhonson & Jhonson, Academy Educational Develop., Fundación Kellogs, UNFPA, UNESCO, Fundación Clinton, OPS, AMFAR, Cooperación Española, PNUD y Christian AID.

Evaluación de los Sistemas de Salud por su Respuesta frente al VIH

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó una nueva iniciativa que apunta a la evaluación de la respuesta frente a la epidemia del VIH de los sistemas nacionales de salud. La metodología se aplicó por primera vez en la República Dominicana, donde identificaron logros, vacíos en la cobertura, necesidad de financiación y oportunidades perdidas, así como su costo. La metodología de evaluación está basada en un análisis desde la perspectiva de las funciones del sistema de salud y genera recomendaciones para la administración y las políticas públicas dirigidas al uso más efectivo de los recursos y al apoyo para lograr los objetivos de acceso universal. La publicación de la Evaluación del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana en su Respuesta frente al VIH reporta los resultados de la primera evaluación emprendida por participantes de diferentes niveles del sistema de salud, así como por agencias de cooperación y representantes de la sociedad civil.

Informe de Impacto de AIDS 2008, XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Agosto 2008, México

III. RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA DURANTE EL 2008

La Respuesta Nacional al VIH y al SIDA, está conformada por un conjunto de importantes intervenciones de carácter preventivo, curativo y de mitigación, así como las vinculadas con el entorno y las políticas, las cuales son entregadas por diferentes instituciones públicas y privadas. A continuación se resumen las principales actividades realizadas durante el 2008, fundamentalmente por COPRESIDA, los sub-beneficiarios y otras entidades relacionadas.¹⁹ Esto es importante desde el punto de vista de MEGAS, pues nos da luz sobre qué estamos midiendo al calcular el gasto y financiamiento en SIDA.

3.1 Principales intervenciones preventivas

Uno de los objetivos del PEN 2007-2015 era el desarrollo de estrategias que fortalecieran la prevención, bajo acciones multisectoriales coordinadas por el COPRESIDA. Las principales intervenciones en esta área fueron:

a) **Comunicación para el Cambio de Comportamiento:** El trabajo que se realiza a través de las ONGs y algunas organizaciones gubernamentales se orienta a la CCC, de tal manera que sea la misma población quien asuma su sexualidad de forma consciente y responsable, previniéndose así los comportamientos de riesgo y modificándose los entornos que facilitan el contagio. Es así, que al 2008, así como para el 2009, muchos proyectos se enfocaron en la movilización social y comunitaria, en las diferentes bases poblacionales, a través de la representación de numerosas instituciones, entre ellas:

- *COALICION OGN/SIDA:* entidad que agrupa ONG's trabajando en SIDA
- *REDOVIH+ y ASOLSIDA:* Personas viviendo con VIH y/o SIDA
- *ASA:* Gay, Transexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres
- *COIN, MODEMU:* Trabajadoras Sexuales
- *Colectiva, Mujer y Salud, MUDE:* Género
- *CIAC, MOSCTHA, Bra Dominicana:* Bateyes
- *INDAJOVEN, IDDI y Red Nacional de Jóvenes:* Jóvenes

b) **Asesoramiento y pruebas voluntarias:** Para el año 2008 fueron realizadas 389,985 pruebas voluntarias, por las siguientes instituciones:

Tabla 3: APV realizadas durante 2008	
Institución	Entregas de resultados con consejería a población general
CIAC	5,000
Despacho de la Primera Dama	8,036
DIGECITSS	78,771
Fundación Mir	3,443
CEPROSH	7,474
PROFAMILIA	932
SEDEREC	6,133
SEESCyT	18,507
SESPAS – Dirección de Redes	261,689
Total	389,985

Fuente: SESPAS, Memoria Institucional 2008

¹⁹ COPRESIDA, Memoria Anual 2009 / SESPAS, Memoria Institucional 2008 / DIGECITSS, www.digecitss.gov.do

- c) **Suministro de preservativos:** durante el año 2008 COPRESIDA adquirió la cantidad de 4.6 millones de condones, distribuido en jornadas preventivas tanto de la entidad como de las ONGs que son proveedoras de este tipo de servicios. Esta acción busca incrementar las habilidades sobre la utilización y negociación del uso del condón con énfasis en los jóvenes y en los grupos con prácticas sexuales de alto riesgo; así como de mejorar la calidad de condones disponibles y la accesibilidad a estos a través de las redes comunitarias.
- d) **Prevención y tratamiento de ITS:** Para el 2008 la DIGECITSS adquirió más de 88,000 kits de terapias pre-empacadas para DAB = Dolor Abdominal Bajo / FVV = Flujo Vaginal Vaginitis/ FVC = Flujo Vaginal Cervicitis / SU = Secreción Uretral / UG = Ulcera Genital y BI = Bubón Inguinal, con miras a prevenir y controlar las ITS a nivel nacional estructurando los servicios en función de las normas de atención, bajo la guía y supervisión de las DPS y DMS de salud.

Al 2009²⁰ se reportó que 49,845 terapias pre-empacadas fueron distribuidas. Adicional a la DIGECITSS, entidad gubernamental dentro del Ministerio de Salud, la sociedad civil tuvo una importante participación en el tema de las ITS, principalmente CEPROSH, Fundación Mir, Asodemusa y CIAC, cuyas poblaciones o grupos focales principales son migrantes, género, etc.

- e) **Prevención de la transmisión materno infantil (PTMI):** como forma de contribuir a la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo/a, se impulsó el desarrollo de acciones que permitieron aumentar la cobertura de los servicios preventivos establecidos en el Plan Estratégico Nacional, abarcando de manera eficaz un gran porcentaje de la población dominicana. A este fin, podemos indicar que al 2008²¹ al menos unas 23,900 embarazadas fueron captadas, mientras que durante el 2009 más de 66,000 recibieron resultados y le fueron dadas consejería.

La Dirección General de Epidemiología de la SESPAS, dentro del Programa Nacional de la Reducción de la Transmisión Vertical (PNRT) realiza reportes mensuales y el de diciembre 2008 indica que “de las 133 Unidades Notificadoras, 115 (86.46%) están en capacidad de realizar Cesáreas; en tanto 20 (15.0%) del total de las unidades notificadoras realizan estrategias del PNRTV, aunque dentro de la cartera de servicios no realizan cesáreas. En cuanto al seguimiento de la cohorte de nacidos vivos dentro del PNRTV, destaca que al corte del informe se reportó que se le realizó prueba de carga viral a un total de 52 niños entre las 6 semanas y los 18 meses de nacidos, de los cuales 48 niños resultaron seronegativos y 4 niños de estos resultaron seropositivos, dando un 92.3% de éxito el programa”. El último reporte al que tuvimos acceso fue el de julio 2009 e indica que en el seguimiento de la cohorte de nacidos vivos dentro del PNRTV, se le realizó prueba de carga viral a un total de 79 niños entre las 6 semanas y los 18 meses de nacidos, de los cuales 8 (10.1%) niños de estos resultaron seropositivos y 71 niños resultaron seronegativos, representando esto un 90% de éxito del programa.

Las metas para mujeres embarazadas que reciben un tratamiento completo de profilaxis con ARV para reducir la transmisión vertical era de 700 embarazadas, los reportes de la DIGECITSS evidencian una captación de 460 (66%) mujeres tratadas con el curso completo de profilaxis.

²⁰ COPRESIDA, Memorial anual 2009

²¹ Dirección Gral. De Atención Especializada de la SESPAS, informe a agosto 2008

• **Seguridad hematológica:** con la finalidad de lograr un aumento en la cobertura y el apoyo en el diagnóstico y el monitoreo de la infección, así como de prevenir la transmisión sanguínea, para el 2008 el 100% de las unidades de sangre recibidas de los 63 centros de colección fueron tamizadas para VIH y sífilis, resultando con marcadores positivos de infección el 0.34% (287) en el caso del VIH y de 0.39% (539) en el caso de la sífilis²².

3.2 Principales intervenciones en el área de atención y tratamiento

a) **Terapia antirretrovírica:** Como se indicara anteriormente la atención integral se ha ido fortaleciendo, pues de 68 UAIs que se tenían en el 2008 se ha alcanzado una diseminación en toda la geografía nacional con 78 UAIs, integrando en ellas entidades de salud pública (SESPAS), entidades mixtas (IDSS), entidades del cuerpo castrense (FFAA) y ONGs.

A diciembre 2008 el PNAI cubría 21,915 adultos, de los cuales 11,629 se encontraban en seguimiento clínico y 10,286 en TARV. Mientras que, a la fecha indicada, el programa abarcaba a 1,010 infantes, 224 en seguimiento clínico y 786 en TARV.

A mayo 2009 el PNAI cubría 24,110 adultos, de los cuales 12,918 se encontraban en seguimiento clínico y 11,122 en TARV. Mientras que, a la fecha indicada, el programa abarcaba a 1,007 infantes, 178 en seguimiento clínico y 829 en TARV. Dicho reporte indicó que 113 abandonaron el tratamiento, representando el 1.4% de la población. Sin embargo, hemos de destacar que a diciembre 2009²³ había 26,631 PVVS dentro del PNAI, de los cuales 14,149 se encontraban en seguimiento clínico y 13,566 en tratamiento antirretroviral.

Si analizamos estas cifras, respecto de las estimaciones nacionales que proyectaron que para el 2008, al menos 21,741 adultos necesitarían ARV, significa que el 51% lo están recibiendo, es decir, 11,122. En tanto, para el caso de los niños se estableció necesidad de ARV para 986 durante el 2008. Los reportes indican una cobertura de 786 para ese año, representando un alcance de un 80%.

Para el año 2009, no se tienen datos desagregados de cobertura para adultos e infantes, por ese motivo, se sumaron las necesidades proyectadas para adultos y niños durante ese año en las estimaciones nacionales, indicando que al menos 23,815 necesitarían ARV. Los datos incluidos en la memoria anual de COPRESIDA indican que 13,566 lo recibían, representando un 57% del total.

El país seleccionó esta intervención como meta de acceso universal al elaborar Informe UNGASS del 2008, lo que implicaría que unas 18,000 personas deberían estar recibiendo terapia anti-retroviral en esta fecha²⁴, pero no se cree factible alcanzar esa meta.

En la tabla siguiente se presenta un detalle de las UAIs a diciembre 2008 y los pacientes atendidos por las mismas, tanto en seguimiento clínico como en TARV, distribuidos por sector al que pertenecen:

²² SESPAS. Informe para OPS/OMS de Banco de Sangre de la Rep. Dominicana, 2008

²³ COPRESIDA, Memorial anual 2009

²⁴ Rathe, Magdalena y González, Soraya. Informe de seguimiento y monitoreo de aplicación a la declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA: Informe de progreso del período 2006-2007. ONUSIDA, enero 2008

Tabla 4: Lista de Unidades de Atención Integral, por provincias y cantidad de pacientes atendidos a diciembre 2008								
Provincia	Nombre UAI	Pacientes en SC		Pacientes en TARV		Total	Total	Total
		Adultos	Infantes	Adultos	Infantes	Adultos	Infantes	General
UAIs establecidas en centro hospitalarios y otros establecimientos públicos		8227	86	5967	76	14194	162	14356
Azuá	Hospital Simon Striddel	110	13	110	6	220	19	239
Barahona	Hosp. Jaime Mota	312	30	204	20	516	50	566
Dajabón	Hosp. Ramon Matias Mella	215	0	125	0	340	0	340
El Seibo	Hosp. Dr. Teofilo Hernández	64	0	83	0	147	0	147
Elías Piña	Hosp. Rosa Duarte	69	5	12	1	81	6	87
Españolat	Hosp. Dr. Toribio Bencosme	93	0	27	0	120	0	120
Hato Mayor	Hosp. Dr. Leopoldo Martínez	118	0	43	0	161	0	161
Higüey	Clinica Rural Veron	39	0	20	0	59	0	59
La Romana	Hospital Francisco Gonzalvo	163	0	89	0	252	0	252
La Vega	Hospital Dr. Luís Morillo King	524	0	313	0	837	0	837
Monte Cristi	Hospital Padre Fantino	141	8	142	6	283	14	297
Monte Plata	Hospital Municipal De Monte Plata	12	0	19	0	31	0	31
Monte Plata	Hospital Municipal De Yamasá	24	0	13	0	37	0	37
Peravia	Hospital Municipal San José De Ocoa	23	0	3	0	26	0	26
Puerto Plata	Hospital Ricardo Limardo	303	3	201	3	504	6	510
Salcedo	Hospital Dr. Pascasio Toribio	19	0	6	0	25	0	25
Samaná	Hosp. Leopoldo Pou	12	0	4	0	16	0	16
San Cristóbal	Hospital Juan Pablo Pina	159	0	172	0	331	0	331
San Juan de la Maguana	Hospital Alejandro Cabral	115	8	145	13	260	21	281
	Hospital Dr. Federico Aybar	41	1	23	1	64	2	66
San Pedro de Macorís	Hospital Municipal Dr. Alejo Martínez Ramón Santana	117	2	70	5	187	7	194
San Pedro de Macorís	Hospital Regional Dr. Antonio Musa	80	0	29	0	109	0	109
Santiago	Hospital Bella Vista	81	0	77	0	158	0	158
Santiago	Hospital Periférico Ensanche Libertad	156	0	148	0	304	0	304
Santiago	Hospital Regional Univ. José María Cabral Y Báez	410	0	697	0	1107	0	1107
Santiago Rodríguez	Hospital General Santiago Rodríguez	27	0	46	2	73	2	75
Santo Domingo	Centro Sanitario De Santo Domingo	489	0	423	0	912	0	912
Santo Domingo	Centro Sanitario De Santo Domingo Vespertino	1923	0	447	0	2370	0	2370
Santo Domingo	Club Activo 20-30 (matutino)	130	0	249	0	379	0	379
Santo Domingo	Club Activo 20-30 (vespertino)	170	0	249	0	419	0	419
Santo Domingo	Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar (Matutino)	601	0	586	0	1187	0	1187
Santo Domingo	Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar (Vespertino)	842	9	598	16	1440	25	1465
Santo Domingo	Hospital Municipal De Boca Chica	81	0	49	0	130	0	130
Santo Domingo	Hospital Vinicio Calventi	50	0	40	0	90	0	90
Santo Domingo	Instituto De Sexualidad Humana UASD	11	0	22	0	33	0	33
Santo Domingo	Sub-Centro De Salud Lotes Y Servicios	394	0	346	0	740	0	740
Valverde	Hospital Luis E. Bogaert	109	7	137	3	246	10	256
UAIs establecidas en centro materno infantiles y/o pediátricos públicos		211	65	268	427	479	492	971
Higüey	Hospital Nuestra Señora La Altagracia	163	0	204	0	367	0	367
Peravia	Hospital Nuestra Señora De Regla	35	0	52	0	87	0	87
Santiago	Hospital Pediátrico Dr. Arturo Grullón	0	31	0	94	0	125	125
Santo Domingo	Hospital Materno Infantil Santo Socorro	13	0	12	0	25	0	25
Santo Domingo	Hospital Robert Reid Cabral	0	19	0	298	0	317	317
Santo Domingo	Maternidad San Lorenzo De Los Minas	0	15	0	35	0	50	50

Tabla 4: Lista de Unidades de Atención Integral, por provincias y cantidad de pacientes atendidos a diciembre 2008								
Provincia	Nombre UAI	Pacientes en SC		Pacientes en TARV		Total Adultos	Total Infantes	Total General
		Adultos	Infantes	Adultos	Infantes			
UAIs establecidas en centro hospitalarios de la Armada y la Policía		192	2	176	7	368	9	377
Santo Domingo	Hosp. De La Dr. Ramón De Lara (FAD)	50	0	48	0	98	0	98
Santo Domingo	Hospital Central De Las Fuerza Armadas	82	2	83	7	165	9	174
Santo Domingo	Hospital General De La Policía Nacional	60	0	45	0	105	0	105
UAIs establecidas en centro correccionales		28	0	9	0	37	0	37
San Cristóbal	Centro De Corrección (Cárcel) Najayo (Mujeres)	10	0	3	0	13	0	13
Santo Domingo	Cárcel La Victoria	18	0	6	0	24	0	24
UAIs establecidas en centro hospitalarios del Instituto Dominicano de Seguros Sociales		134	0	359	0	493	0	493
Santo Domingo	Hospital Salvador B. Gautier	61	0	309	0	370	0	370
Santiago	Hospital Presidente Estrella Ureña	73	0	50	0	123	0	123
UAIs establecidas en instituciones privadas sin fines de lucro		2837	71	3507	276	6344	347	6691
Duarte	Clinica Profamilia	20	0	11	0	31	0	31
La Romana	Clínica Mir (antes Complejo Micaeliano)	448	12	800	122	1248	134	1382
Monte Plata	Centro Médico Integral Bra Dominicana	209	14	128	13	337	27	364
Puerto Plata	Centro De Promoción Y Solidaridad Humana (CEPROSH)	565	23	621	35	1186	58	1244
San Pedro de Macorís	Clínica Esperanza Y Caridad	85	3	123	3	208	6	214
San Pedro de Macorís	Centro Divina Providencia	145	5	59	4	204	9	213
Santiago	Centro Juan Xxiii	32	0	12	0	44	0	44
Santiago	Clínica Dra. Rosa Cisneros (Profamilia)	93	0	171	0	264	0	264
Santo Domingo	Centro De Orientación E Investigación Integral	74	0	29	0	103	0	103
Santo Domingo	Centro Nuestra Sra. Del Carmen	84	2	51	4	135	6	141
Santo Domingo	Centro Médico SEMMA	23	0	19	0	42	0	42
Santo Domingo	Clínica Pro-Familia Evangelina Rodríguez	76	0	116	0	192	0	192
Santo Domingo	Dispensario Médico Fe Y Alegría Lechería	90	0	130	4	220	4	224
Santo Domingo	Instituto De Estudios Viroológicos (IDEV)	306	2	826	29	1132	31	1163
Santo Domingo	Instituto Dermatológico Y Cirugía De La Piel	575	0	404	0	979	0	979
Santo Domingo	Unidad De Atención Integral Unión Juventud Ecuémica Dominicana (UJEDO)	12	0	7	0	19	0	19
Santo Domingo	Casa Rosada	0	2	0	46	0	48	48
Santo Domingo	Remar	0	8	0	16	0	24	24
Total general		11629	224	10286	786	21915	1010	22925

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud a partir de datos de la DIGECITSS

3.3 Principales intervenciones en el área de gestión y administración de programas

- a) **Vigilancia y Evaluación:** COPRESIDA cuenta con un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, para lo cual creó una estructura interna con un enfoque Multisectorial. El trabajo en ésta área incluye la participación de técnicos de diferentes entidades en los talleres de Evaluación de la Respuesta Nacional realizada por OPS/OMS, así como del Informe de Seguimiento de UNGASS, concluido en el 2008. Otro instrumento de seguimiento a la respuesta nacional fue el Informe del Mecanismo Nacional de Armonización y Concordancia - CHAT 2008, realizado por ONUSIDA.
- b) **Vigilancia Serológica:** El desarrollo de instrumentos que permiten documentar la prevalencia y la incidencia la epidemia en la población, llevó a que COPRESIDA cofinanciara la ENDESA 2007, conjuntamente con USAID y la CERSS, realizada por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), utilizando el Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló para la realización del análisis de las pruebas de VIH. La realización de la Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en VIH y otras ITS, en el 2008, es un avance en la vigilancia de los grupos más expuestos.

- c) **Sistema de suministro de fármacos:** Durante el año 2008, al menos US\$4.5 millones fueron invertidos en la adquisición de fármacos, incluyendo antirretrovirales y medicamentos para infecciones oportunistas, así como el transporte y desaduanajes de los mismos, la distribución, entre otros desembolsos que contribuyeran al incremento del acceso de los PVVS a tratamiento. Para el año 2009 se presentó al Fondo Mundial un plan de adquisiciones para tres años, cuyo monto global asciende a US\$18.4 millones.

En sus memorias 2009, COPRESIDA resalta que el aval de los productos que ingresan se coordina con la Dirección General de Drogas y Farmacias (DGDF), dependencia de la SESPAS que cuenta con el aval técnico y político para garantizar la entrada e implementación de los insumos adquiridos para el manejo de la infección con VIH. Asimismo, señala que se está readequando el cuadro básico de medicamentos esenciales a ser utilizado por el país que ha permitido la elaboración de un plan acertado para integrar los registros sanitarios de los medicamentos antirretrovirales que no lo posean.

3.4 Principales intervenciones en el área de entorno favorable

- a) **Programa de derechos humanos:** COPRESIDA en su labor de mejorar la accesibilidad a los servicios sociales y sanitarios, así como a contribuir a la erradicación de la discriminación, logró que de 147 PVVS que eran favorecidos por el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), se incorporan al mismo 10,000 más en el Régimen Subsidiado, mediante resolución No.212-02 del CNSS, cuyos servicios serían prestados por los proveedores del Seguro Nacional de Salud (SENASA). Esto implica que la ley de Presupuesto prevea un monto de RD\$247 millones para subsidiar el seguro de salud de esta población. Adicionalmente, se logró ingresar 3,085 PVVS, a través del Programa Solidaridad en los subsidios sociales que otorga el gobierno.

3.5 Principales intervenciones en el área de investigación relacionada con el VIH.

En la conferencia internacional del SIDA celebrada en México en el 2008, fueron presentadas algunas investigaciones relacionadas con el VIH/SIDA en el país, algunas de las cuales mencionamos en este renglón:

- a) Hablar hablando, caminar caminando: las redes sociales, normas, y el uso del preservativo entre las parejas masculinas y femeninas de profesionales del sexo en La Romana, República Dominicana – COIN, Johns Hopkins Escuela de Medicina, et al.
- b) Baja tasa de adherencia a los regimenes tratamiento antirretroviral de personas VIH positivas que viven en la Rep. Dominicana – CENISMI, DIGECITSS, COPRESIDA y Univ. Miami.
- c) La adhesión más: un enfoque sistemático global que hace la diferencia – CEPROSH, DIGECITSS, SESPAS, Fundación Activo 20-30 et al.
- d) La prevalencia del virus del papiloma en la prueba de Papanicolaou anal de Hombres dominicanos que tienen sexo con hombres (HSH) – IDEV
- e) Destacando las sombras: un índice para medir el estigma desarrollado y aplicado por las personas que viven con el VIH – PROFAMILIA, IPPF, et al.

IV. BASES CONCEPTUALES DE MEGAS

4.1 Objetivos de MEGAS

La medición del Gasto en SIDA – MEGAS tiene los siguientes objetivos:

- a) apoyar a los Programas Nacionales de SIDA para coordinar la respuesta nacional con los actores principales que contribuyen y utilizan el gasto en SIDA;
- b) proveer los indicadores de UNGASS sobre gastos en SIDA de los países, como parte del marco de monitoreo y evaluación en cada país;
- c) aprovechar la información para fines de política, tales como promover la equidad y una mejor asignación de recursos,
- d) verificar el cumplimiento de planes estratégicos,
- e) medir adicionalidad (Fondo Mundial), entre otros.

4.2 Mapeo de actores

El diagrama de flujo dentro de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) permite identificar cómo se movilizan los recursos a través de los distintos actores del sistema nacional implementado en la República Dominicana para dar una respuesta a la epidemia del VIH/SIDA.

La realización de este diagrama es de suma importancia porque se obtienen respuestas a las preguntas cardinales de:

- ¿De dónde vienen los recursos? (Fuentes de Financiamiento)
- ¿Quién decide el uso los recursos? (Agentes Financieros)
- ¿A dónde van los recursos? (Proveedores de servicios sociales y de salud)

Este mapeo consiste en realizar un ejercicio descriptivo basado en el flujo real de recursos financieros dentro del sistema nacional de respuesta al VIH/SIDA para de esta manera conocer la estructura general de articulación, las instituciones y entidades que lo conforman, así como la manera en que fluyen los recursos entre ellas.

Funciones de los Actores

Fuentes de Financiamiento: Instituciones, entidades o esquemas, que proveen los recursos financieros utilizados en el sistema nacional de respuesta al VIH/SIDA, mediante la financiación de los agentes involucrados en el mismo.

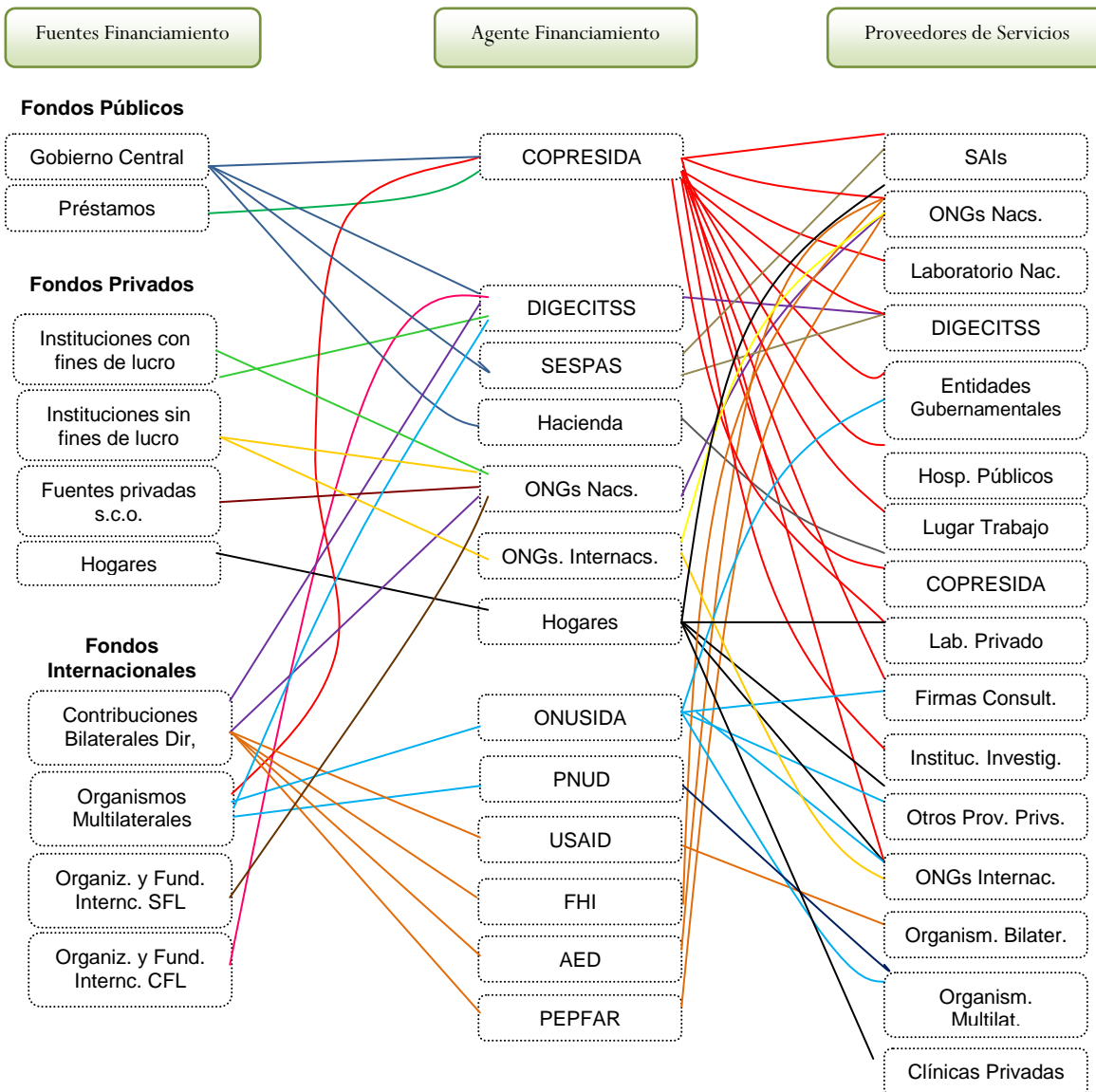
Agentes de financiamiento: Instituciones, entidades o esquemas, que toman las decisiones sobre cómo y en qué se gastarán los recursos, que se reciben de las fuentes y se canalizan a los proveedores de bienes y servicios destinados a la lucha contra el VIH/SIDA

Proveedores: Entidades que a través del uso y el consumo de insumos realizan acciones directas de prestación de bienes y servicios contra el VIH/SIDA

El mapeo describe la multiplicidad de actores que intervienen en el proceso de provisión, canalización y utilización de los recursos financieros que consume el programa nacional de VIH/SIDA. Los mapas de actores se presentan con flujogramas que explican los actores involucrados, las conexiones entre los mismos y la direccionalidad de los movimientos financieros. Asimismo, esquematiza las relaciones entre actores, permitiendo la clasificación de las instituciones y entidades en tres niveles, dependiendo de la función que desempeña cada uno. Las funciones consideradas son: fuentes de financiamiento, la financiación de agentes y proveedores.

Cabe señalar que dentro del mapeo de actores consideramos que un actor es una entidad o institución que interviene en el proceso de flujo de recursos, independientemente de su interacción en el sistema. La diferencia entre las instituciones y entidades es que la primera se refiere a las organizaciones que funcionan en el sistema nacional de respuesta al VIH/SIDA, por ejemplo: la SESPAS, el COPRESIDA, la DIGECITSS), etc. En tanto, la entidad se refiere a un tipo de institución u organización que interviene en la respuesta nacional, por ejemplo: ONG, los hogares, los proveedores, los organismos de cooperación, etc. El gráfico siguiente constituye una representación de los actores relevantes a la respuesta nacional y su involucramiento en la misma:

Gráfico 4: Diagrama de la respuesta pública nacional al VIH/SIDA



4.3 Etapas del flujo financiero

Uno de los objetivos de MEGAS es establecer la fuente de los fondos usados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH, no sólo dando seguimiento a los gastos en salud respecto al VIH, sino también a los gastos no relacionados con la salud, tales como: los de mitigación social, educación, trabajo, justicia y otros aspectos relacionados con el VIH. Para ello es necesario efectuar un proceso de seguimiento del recurso por transacciones financieras, desde su fuente de financiamiento hasta su destino final que son, los beneficiarios de los bienes y servicios. Los flujos financieros²⁵ y los gastos relacionados con la Respuesta Nacional al VIH, como se señaló anteriormente, están organizados en tres dimensiones: finanzas, provisión y consumo y en seis categorías.

I. Finanzas

- 1) **Agentes de financiamiento (FA).** Entidades que reúnen recursos financieros para financiar programas de suministro de servicios.
En nuestro país uno de los principales agentes es el COPRESIDA y luego la SESPAS, entidades que canalizan los recursos a proveedores públicos y privados que brindan los servicios a las poblaciones objetivo de la estrategia nacional.
- 2) **Fuentes de Financiamiento (FF).** Entidades que suministran dinero a los agentes de financiamiento.
República Dominicana tiene como fuente principal a Organismos de Cooperación Internacional, al Gobierno Dominicano y los hogares.

II. Provisión

- 3) **Proveedores de Servicios (PS).** Se encargan de la producción, suministro y entrega de Servicios en VIH/SIDA.
A diferencia de otros países de la Región, la Rep. Dominicana utiliza, además de los hospitales públicos y los centros privados, a las ONG en la entrega de los bienes y servicios, incluyendo la prestación de servicios de atención, ya que algunas de ellas tienen centros diagnósticos y de atención.
- 4) **Factores de producción (FP).** Insumos (trabajo, recursos naturales y de capital, "know how" y recursos empresariales).

Es preciso señalar que una misma institución, en diferentes circunstancias, puede jugar más de un rol. Es decir, suministrar a otra los recursos para cierta acción (fuente), tomar la decisión de cómo gastar los fondos (agente) y prestar el servicio (proveedor). El rol se determina al momento de realizar la transacción, tal como se verá más adelante.

III. Uso

- 5) **Categorías de Gastos (CGS).** Intervenciones y actividades relacionadas con el VIH/SIDA.
- 6) **Poblaciones beneficiarias (PB).** Son cada uno de los grupos afectados por la enfermedad. Por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables, etc.
Una de las poblaciones objetivo del país son los de los bateyes, principalmente porque concentran migrantes y carecen de recursos económicos. También se enfoca sus actividades a PVSS, trabajadoras sexuales, NNA, etc.

²⁵ Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) Cuadros de Clasificación. ONUSIDA, 2007

4.4 Rastreo de recursos

El rastreo de recursos pretende determinar cómo los agentes concentran y distribuyen los recursos que les son provistos por las fuentes de financiamiento. Es así que un agente puede recibir fondos de diversas fuentes, como el caso del COPRESIDA, que recibe fondos públicos y de donantes extranjeros, que luego distribuye a los proveedores que se encargan de brindar los servicios a las poblaciones metas. Este tipo de rastreo verifica el financiamiento, la fluidez desde arriba hacia abajo, entre tanto, el seguimiento de la inversión a los recursos en la funciones y factores de producción y la población beneficiaria, permite rastrear el recurso de abajo hacia arriba.

En algunos casos del estudio MEGAS 2008 de la República Dominicana fue factible la realización del seguimiento en ambas direcciones, pero en otros casos, en donde los proyectos habían concluido a mitad del año fue imposible realizar el “top down” y el “bottom up”. Un resumen de la etapa de colección de datos se presenta en el anexo 1. En el cuadro siguiente se esquematiza las fuentes de colección de la data:

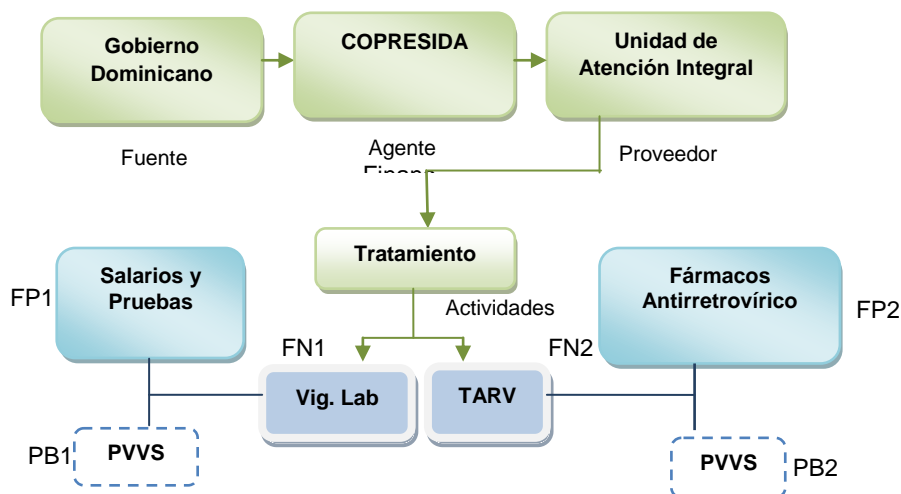
Tabla 5: Situación de la data colectada 2008		
Institución	Transacción	Tipo de dato
Adoplafam	↑	G
ANESVAD	↑	P
ASA	↕	G, P
ASODEMUSA	↕	G, P, E
ASOLSIDA	↕↑	G, P
BRA Dominicana	↕↑	G
CAMUVA	↕	G, P, E
CASA ROSADA	↕	G, P, E
CASC	↕	G, P, E
CASCO	↕	G, P, E
CEPROSH	↕	G, P, E
CIAC	↕	G, P, E
CIMUDIS	↕	G, P, E
CIVES MUNDI	↑	P
Clínica Esperanza y Caridad	↓	P, E
Coalición ONG SIDA	↓	P, E
COIN	↕↓	G, P
Colectiva Mujer y Salud	↕	G, P
COPRESIDA	↕	G
CRS	↓	P, E
DEPRIDAM	↕	G
DIGECITSS	↕↑	G, P
FUDECO	↕↓	G, E
Fundación Mir	↕	G, P
Fundación Sur Futuro	↕	G, P
Fundasur	↓	P, E
FUSABI	↑	P
Grupo de Apoyo Este Amor	↓	P, E
Grupo Clara	↑↓	G, E
Grupo Paloma	↓	G, E
IDDI	↕↓	G, P
INDAJOVEN	↕	G, P
INSALUD	↕↑	G, E
LABORATORIO NACIONAL	↓	G
MAMA MALTA	↑	P
MOSTCHA	↕	G, P, E
MODEMU	↓	P, E

MUDE	↕, ↑	G, P
MUDHA	↕	G, P
ONERESPE	↓	P, E
Pastoral Juvenil	↕	G, P
PROFAMILIA	↕, ↑	G, P
PROINFANCIA	↑	G, E
PROMADRE	↕	G, E
PROSOLIDARIDAD	↕	G, P, E
REDOVIH	↕	G, P
SEESCyT	↕	G, P
SEM	↕	G, P
SESPAS	↓	G, P, E
Teatro Guloya	↕	G, P
Tu Mujer	↓	P, E
Visión Mundial	↓	P, E
G = Gasto Ejecutado	Se refiere a la revisión de cheques, informes de trimestrales de ejecución, por fuente de financiamiento.	
P = Presupuesto	Se refiere a proyección de ejecución del año, informes de actividades y montos globales.	
E = Estimaciones	Referido a cálculos por actividad, partiendo del flujo de actores en los casos de los informes y presupuestos. En otros, a estimaciones de gastos basadas en costos unitarios y servicios entregados, así como a estudios de costos por servicios.	

4.5 Transacciones

El concepto de transacción indicado en la metodología internacional para la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), establece que una transacción es la representación del traslado de recursos de una fuente a un agente de financiamiento, que toma decisiones del uso de estos recursos y los traslada a un proveedor de bienes o servicios, que los invierte en distintos objetos de gasto produciendo funciones de respuesta al SIDA que benefician a grupos humanos específicos o a la población en general, tal como se presenta en el esquema siguiente:

Gráfico 5: Esquema de una transacción del Estudio MEGAS República Dominicana, 2008



4.6 Clasificaciones

MEGAS ofrece un manual de clasificación que define todas las dimensiones que lo integran. La clasificación del gasto relativo al SIDA es funcional. Con esta metodología se busca ordenar y organizar el gasto de los países en la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA, estructurando el gasto en ocho categorías o áreas programáticas, a saber:

1. Prevención
2. Atención y tratamiento
3. Huérfanos y niños/as vulnerables
4. Gestión y administración de los programa
5. Recursos humanos
6. Protecciones sociales y servicios sociales
7. Entorno favorable
8. Investigación asociada a VIH/SIDA

MEGAS reconstruye todas las transacciones relacionadas con actividades de VIH/SIDA, mostrando el gasto real, el consumo y la entrega de bienes y servicios a las poblaciones beneficiarias, previamente categorizadas en:

1. Personas que viven con el VIH
2. Poblaciones más expuestas (CDI, HSH, profesionales del sexo, etc.)
3. Otras poblaciones claves (HNV, migrantes, prisioneros, receptores de sangre, etc.)
4. Poblaciones “accesibles” específicas (estudiantes, militares, policías, etc.)
5. Población general
6. Intervenciones no dirigidas
7. Poblaciones objetivos específicas

La dimensión triangular de finanzas, provisión y uso, se constituye en el aspecto esencial del sistema de información, dirigido a apoyar una respuesta expandida y efectiva al VIH, así como el empoderamiento de las comunidades interesadas en una respuesta efectiva y oportuna.

V. METODOLOGIA UTILIZADA PARA MEGAS REPÚBLICA DOMINICANA 2008

5.1 Alcance y limitaciones de MEGAS

El presente estudio constituye la primera estimación confiable, coherente y completa del gasto y financiamiento de la Respuesta Nacional frente a la epidemia del VIH y el SIDA que se realiza en el país. El año considerado para este estudio es el 2008.

Consideramos que la presente investigación constituye un hito en el análisis del gasto y financiamiento de la respuesta nacional, porque es la primera vez que se estudia el tema con el grado de minuciosidad con que fue abordado. En tal sentido, constituirá el punto de partida para numerosos estudios posteriores, así como para el seguimiento del gasto en SIDA, sustentado sobre bases sólidas. Por primera vez, también, se realiza un esfuerzo de estimación del gasto de los hogares.

A la vez, debe decirse que la realización del estudio de MEGAS cuenta con algunas limitaciones que inciden en los resultados, tales como: dificultad en la obtención y acceso a información disponible, sub-registro y clasificación de datos, debilidad en el involucramiento de las fuentes primarias de información, negativa de algunas entidades a proporcionar información sin contar con la anuencia previa de sus financiadores, falta de estudios previos del gasto de hogares para VIH/SIDA, entre otras. Estas restricciones implicaron la necesidad de realizar un importante número de estimaciones dirigidas a completar el gasto en VIH/SIDA. Dichas estimaciones están realizadas con el mejor criterio disponible, por lo que entendemos reflejan de manera adecuada la situación.

Por otro lado, es menester aclarar que el MEGAS – aunque parte de la contabilidad de las instituciones involucradas -- no es un ejercicio contable, sino una estimación económica de lo que se invierte en la epidemia, presentado de forma tal que sea útil a los que formulan y ejecutan políticas de salud, para sustentar la toma de decisiones.

5.2 Etapas del MEGAS en la República Dominicana

a) Organización y montaje

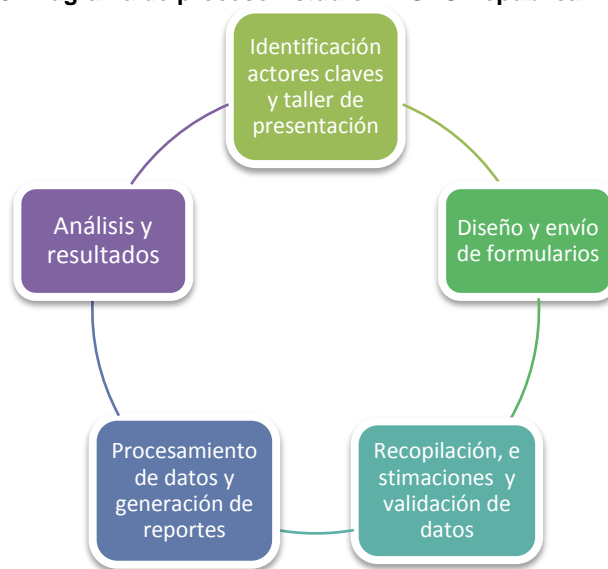
Como parte de la organización del estudio se realizó un plan de trabajo a desarrollarse en varias fases: actividades preparatorias, trabajo de campo y procesamiento e informe final y diseminación.

Las actividades preparatorias incluían el involucramiento de autoridades locales, la formación del equipo de trabajo, la capacitación inicial del equipo investigador (reuniones con consultor internacional Daniel Arán, en Ginebra, a cargo de ONUSIDA y en México, a cargo de la Fundación Plenitud), selección del año de la investigación (2008); recopilación de estudios y antecedentes (CHAT, Estimaciones Nacionales, Estudio Costos PVVS, Análisis de la Respuesta Nacional 2007, Informe UNGASS 2006-2007, Informe UNGASS 2008, entre otros); identificación de los actores de la respuesta nacional (listados de Coalición de ONG SIDA, ONUSIDA y COPRESIDA); mapeo institucional del flujo financiero del sector (segundo informe y primer contacto con actores); diseño de formularios del levantamiento de datos.

El trabajo de campo incluyó la Misión de apoyo de ONUSIDA a República Dominicana (consultor internacional Daniel Arán) y continuación del proceso de capacitación; elaboración del plan de acción del trabajo de campo, reunión con los actores de la RN (visitas programadas); remisión de formularios a los actores de la RN (envío de correos electrónicos); visitas para explicación de formularios, recepción y recolección de formularios llenos, realizar las transacciones en las Tablas Excel, llenado de datos en software RTS y presentación de los resultados preliminares.

El informe final constituye la última fase en base al cual se prepararán productos para la diseminación de los resultados del estudio, en forma de un boletín informativo, un artículo periodístico y material para ser subido a la página web de COPRESIDA y de la Fundación Plenitud. Asimismo, el informe final se preparará para fines de publicación. Se elaborará una lista de distribución electrónica para compartir el material y remitírselo a los actores y se prepararán tablas y gráficos que estarán disponibles para los interesados. La gráfica siguiente resume el montaje y organización del estudio:

Gráfico 6: Diagrama de proceso Estudio MEGAS República Dominicana



b) Planificación del estudio

En la etapa de planificación se diseñó una estrategia para la recolección de datos, partiendo de la necesidad de identificar y alcanzar las fuentes potenciales y los informantes claves, para lo cual se dieron los pasos siguientes:

- a. **Identificación de Contactos.** Elaboración de una lista de contactos de los actores relevantes a la respuesta nacional en VIH/SIDA, considerando las informaciones provistas en el CHAT, así como en la base de datos de la Coalición ONG SIDA, COPRESIDA y ONUSIDA. Este directorio fue complementado con las referencias de las acciones institucionales descrita en las páginas web de cada una de las entidades identificadas, realizando una descripción preliminar de las actividades de MEGAS correspondientes a cada una, incluyendo una orientación hacia la población beneficiaria por cada proyecto ejecutado por las organizaciones.

- b. Diseño y adecuación de los formularios.** El primer paso consistió en la elaboración de formularios especializados para la recopilación de los datos requeridos por la metodología MEGAS. Los mismos fueron preparados tomando en cuenta las necesidades específicas de información y las características de los actores de la Respuesta Nacional, clasificadas de acuerdo a su función en cada una de las transacciones del flujo de financiamiento, esto es, en las categorías de: a) Fuentes de Financiamiento, b) Agentes Financieros y c) Proveedores de Bienes y Servicios. En el caso del formulario c) se incorporó una guía de llenado para facilitar el entendimiento de las diferentes columnas y filas, así como las múltiples informaciones que debían ser insertadas en ellas. El valor agregado del formulario rediseñado es que el mismo permitía a los informantes realizar el cuadro de los recursos identificados, tanto para las categorías de gasto, como para la población beneficiaria y los factores de producción. Adicionalmente, incluía el catálogo desplegable por cada línea y cada ítem para que al llenar el formulario se dispusiera de la información correcta.
- c. Presentación y validación de formularios.** El 30 de junio de 2009 se realizó en el Hotel Santo Domingo un taller con los principales actores del sector, con la finalidad de sensibilizarlos en relación a la importancia de MEGAS para el país y para la Respuesta Nacional, así como para mostrar y validar las versiones de los formularios que habían sido preparados. En el encuentro se presentó una guía genérica de llenado de los formularios, orientada básicamente a los proveedores que serviría de ayuda para el trabajo a realizar. Durante la actividad se produjeron comentarios y observaciones importantes que sirvieron para mejorar los instrumentos y el proceso de recolección de los datos. El taller sirvió como punto de partida en la inmersión de los actores en la metodología de MEGAS, asistiendo un total de 38 representantes de 24 instituciones.
- d. Recolección de datos.** En este punto del trabajo de campo de MEGAS se dieron varios pasos con la finalidad de compilar el mayor cúmulo de información disponible y accesible a lo interno de cada uno de los proveedores de bienes y servicios, así como de los agentes y fuentes de financiamiento:
- i. Contacto de actores.** El primer paso fue el contacto telefónico de las 100 instituciones identificadas en el mapeo de actores, a fin de darles información sobre el trabajo y objetivos de MEGAS. De estas entidades, alrededor del 70% pudieron ser localizadas, ya que el 30% restante no existía, habían cambiado su dirección o número telefónico o sus representantes no estaban disponibles al momento de localizarlos. En algunos casos, informaron que durante el 2008 no habían desarrollado proyectos relacionados con VIH/SIDA. En el anexo 1 se presenta una lista de las instituciones, así como de las personas de contacto que apoyaron el estudio, ofreciendo información oportuna. Diversos organismos e instituciones se constituyeron en fuentes primarias y secundarias de información. Tal es el caso del COPRESIDA (proporcionando información del Fondo Global, Banco Mundial y Gobierno Dominicano), la DIGECITSS, PROFAMILIA, USAID, INSALUD, ONUSIDA, REDOVIIH, ASOLSIDA, COIN, IDDI, entre otros. Cabe señalar que, en una fase ulterior del proceso y con el propósito de incentivar su participación, al menos 30 instituciones recibieron una comunicación conjunta de COPRESIDA, ONUSIDA y Fundación Plenitud con la finalidad de enfatizar la necesidad de apoyo en el suministro de información precisa.
- ii. Remisión de cuestionario.** Luego del contacto telefónico y la confirmación de los correos electrónicos de los actores, se procedió a la remisión de los formularios, guía de

llenado y clasificación taxonómica de MEGAS, utilizando el correo establecido para el estudio: megas.rd@gmail.com, de tal manera que procedieran al llenado de los mismos. Con las entidades previamente identificadas como fuentes de financiamiento y con los agentes financieros, para ciertas transacciones de gran peso en la respuesta nacional, se decidió enviar el cuestionario y además, visitarlos para trabajar directamente con personal de la institución. En el anexo 2 se presenta una lista de instituciones registradas en el software y su clasificación como FF, AF y PS. Alrededor de 208 correos electrónicos fueron enviados a 57 instituciones proveedoras de bienes y servicios, las cuales fueron re-contactadas por vía telefónica tanto para confirmar la recepción de los documentos de trabajo como para darle seguimiento al llenado de los mismos.

- iii. **Visita de recolección de datos.** En esta parte del proceso se realizaron visitas de revisión de registros institucionales que permitieron la recolección de datos de ejecuciones financieras y de realización de actividades en las principales instituciones que actúan como fuentes de financiamiento y agentes financieros en las actividades más importantes. También se obtuvieron informes de ingresos y gastos por fuentes de financiamiento de las organizaciones proveedoras de bienes y servicios, así como ejecuciones trimestrales y anuales de los proyectos, que sirvieron para que el equipo de proyecto llenara las matrices correspondientes, implicando de 2 a 3 visitas por proveedores para obtener las copias, debido al volumen y/o diversidad de proyectos que ejecutaron durante el año de estudio. En este punto se contó con el apoyo de COPRESIDA para establecer un cronograma de visitas personalizadas con algunos sub-beneficiarios del Fondo Global y del Banco Mundial.

Cabe señalar que las informaciones recopiladas en el COPRESIDA proporcionaron datos reales de ejecución de los sub-beneficiarios del Fondo Global, gracias al sistema de monitoreo y retroalimentación de erogaciones y ejecuciones que bajo este proyecto se implementa. No obstante, se consideró prioritario recopilar la información directamente de los proveedores, que son quienes efectivamente ejecutan la provisión de los servicios. De esta manera, se triangula la información, mediante un proceso de recolección de datos de arriba hacia abajo (de COPRESIDA a los sub-beneficiarios) y viceversa (la ejecución de éstos por fuente y agente de financiamiento), lo que permite identificar fuentes adicionales que aportan fondos a la RN. De esta manera, el gasto se contabiliza al momento de su ejecución. Esta recomendación de la metodología de la MEGAS, permite además establecer de manera más efectiva la categoría de gasto de las OSC, en virtud de algunas instituciones nacionales, por ejemplo el COPRESIDA, para el caso del FG, utiliza una agrupación diferente del gasto, a saber:

- Recursos humanos
- Material y comunicación
- Productos sanitarios y equipamiento
- Capacitación
- Medicamentos y productos farmacéuticos
- Infraestructura y otros equipos
- Monitoreo y evaluación
- Planificación y administración
- Gastos generales

iv. **Misión internacional de ONUSIDA.** Durante el mes de septiembre de 2009, el proceso del MEGAS estuvo reforzado con la presencia del consultor de ONUSIDA, Daniel Arán. Durante su misión se realizaron varias actividades, algunas de ellas fueron:

- Participación en reunión de sensibilización y ratificación de apoyo al proceso con el Dr. Gustavo Rojas, Director Ejecutivo del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), con importantes resultados, dado que la respuesta de los proveedores mejoró sustancialmente a partir de este momento.
- Revisión y reclasificación de los datos del formulario preparado por DIGECITS. Además, contribuyó en el proceso de obtención de datos para estimaciones provenientes de áreas de trabajo de esta institución.
- Visita inicial de captación de datos en uno de los principales proveedores del país: PROFAMILIA.
- Participación en el encuentro de capacitación en recolección de datos para el personal de COPRESIDA.
- Revisión y optimación del formulario de recolección de datos de proveedores.
- Participación en reunión con especialistas nacionales para la estimación del gasto de bolsillo de las PVVS, específicamente en el Laboratorio Nacional Dr. Defilló.
- Instalación de Software RTS y capacitación en su uso al equipo de trabajo de la Fundación Plenitud, incluyendo el registro inicial de los datos de la DIGECITSS.

La misión fue muy bien valorada por el equipo de la Fundación Plenitud ya que sirvió para aclaraciones conceptuales y metodológicas que facilitaron el trabajo posterior.

v. **Seguimiento de entrega de formularios.** El trabajo de seguimiento para la devolución de los formularios entregados fue un proceso difícil y muy largo, demorándose incluso mucho más tiempo que el estimado y retrasando el trabajo por varios meses. Estas dificultades se debieron a diferentes causas, entre ellas: desorganización institucional de las fuentes de información, inexistencia de sistemas de información electrónicos o negativa a entregarla en este formato para agilizar el proceso, desidia y poca priorización de la solicitud, así como dificultad para entender cómo debía de llenarse el formulario. Esta situación y la tardanza que acarrearía el proceso, hizo que parte del personal del equipo de trabajo de la Fundación tuviese que visitar personalmente las instituciones para junto a personal de la misma, proceder al llenado de los formularios. Inclusive, coordinar esas visitas acarreó dificultades y tardanzas.

vi. **Recepción y revisión de formularios llenos.** Como resultado del proceso de seguimiento y ya sobrepasado el tiempo estimado de entrega, se empezó a recibir una parte de los formularios enviados. Ese proceso duró varias semanas y sólo se obtuvo una parte del total. Además, en algunos casos hubo que retornar los cuestionarios para ser completados correctamente; en otros, fue necesario comunicarse por teléfono para trabajar simultáneamente; así como visitar algunos de ellos para completar el trabajo conjuntamente. Adicionalmente, hubo un proceso de retroalimentación con las fuentes primarias para validación de los datos obtenidos, así como para aclarar y/o rectificar la categorización del gasto institucional y evitar la duplicidad, sobretodo en el caso de aquellas entidades que proporcionaron información por separado y que habían desarrollado proyectos conjuntos.

e) **Procesamiento de los datos.** Concluida la fase de recopilación de información, se procedió al procesamiento de los datos, en cuya etapa se organizaron los mismos, a fin de

homogeneizarlos y hacer el cruce entre los datos provenientes de las fuentes y los agentes, con los provistos por los proveedores. Asimismo, se completaron las matrices de las instituciones cuyos datos se obtuvieron de los Agentes de Financiamiento. Para ello, se partió de las categorías de gasto establecidas por el agente y las actividades consideradas fueron las identificadas en el mapeo de actores para la institución de referencia.

En el caso de COPRESIDA, fue necesario reclasificar una parte muy importante de su información contable. Gracias a su total colaboración en el ofrecimiento de sus registros contables, se trabajó en base a los cheques emitidos durante el año 2008, tanto dentro del proyecto del Fondo Global como del Banco Mundial, clasificando entonces cada actividad de acuerdo a las categorías funcionales de MEGAS y de acuerdo a la población beneficiaria. Para este trabajo se contó con el apoyo del personal del área financiera de la institución.

Entre las instituciones internacionales, es importante destacar el apoyo recibido por ONUSIDA, quien también abrió sus puertas y apoyó de manera irrestricta el proceso de recolección y procesamiento de su información financiera.

Obviamente, el nivel de desagregación del gasto en las instituciones que proveyeron los datos directamente presenta una mejor articulación con las dimensiones establecidas en el MEGAS, así como precisión en cuanto a la distribución por factores de producción y población beneficiaria. Dado que los proveedores que llenaron los formularios lo hicieron por los cheques emitidos, se hizo necesario filtrar la información para agregar las actividades que eran iguales, segregando las poblaciones beneficiarias y los factores de producción.

En el caso del procesamiento de los datos de los sub-beneficiarios que no llenaron los formularios y sus datos se obtuvieron de manera indirecta, a través del agente, la información se organizó, complementó y registró partiendo de los objetivos de los proyectos apoyados y de los indicadores de cumplimiento establecidos, con el fin de identificar la población beneficiaria y de ajustar la información a las clasificaciones definidas por MEGAS. Adicionalmente, se hizo un ejercicio de promedio ponderado en las actividades de movilización de la comunidad, capacitación y sensibilización para establecer un porcentaje estimado de los factores de producción incidentes en estas CGS.

f) Utilización del software. Recopilados los datos y realizados los cálculos y las estimaciones, se procedió a la alimentación del software RTS, diseñado especialmente para el trabajo de MEGAS. El hecho de que los reportes sean más de consulta que de impresión hace que el software no sea flexible, en el sentido de que los reportes están estructurados de manera que la información es muy detallada y es necesario agruparla. Sin embargo, tiene la ventaja de que no permite errores, sino que obliga al cuadro de las transacciones por todas las dimensiones del MEGAS. Para ello, hay que exportar la data a Excel y luego ir resumiéndolas por las categorías generales que se desean. De esta manera, se pueden elaborar los reportes estadísticos indicados a continuación:

a. Fuentes de Financiamiento

- Fuentes de Financiamiento por Agente de Financiamiento (FF x AF)
- Fuentes de Financiamiento por Categoría de Gasto de SIDA (FF x CGS)

b. Agentes de Financiamiento

- Agentes Financieros por Proveedores de Servicios (AF x PS)
- Agentes Financieros por Categoría de Gasto de SIDA (AF x CGS)

- Agentes Financieros por Población Beneficiaria (AF x PB)
- c. *Proveedores*
 - Proveedores de Servicios por Categoría de Gasto de SIDA (PS x CGS)
 - Proveedores de Servicios por Población Beneficiaria (PS x PB)
 - Proveedores de Servicios por Factores de Producción (PS x FP)
- d. *Categoría de Gasto de SIDA*
 - Categoría de Gasto de SIDA x montos gastados (CGS x \$)
 - Categoría de Gasto de SIDA x Población Beneficiaria (CGS x PB)
- e. *Factores de Producción*
 - Factores de Producción x montos gastados (FPx \$)
- f. *Población Beneficiaria*
 - Población Beneficiaria x montos gastados (PB x \$)

Dichas matrices son cuadros con doble entrada de datos, las cuales organizan el flujo de los fondos financieros que se producen en el país, organizados en las dimensiones de sector salud previamente mencionadas: fuentes de financiamiento, agentes financieros, proveedores de servicios de salud y funciones.

- g) Análisis e interpretación.** El análisis de los resultados del estudio de MEGAS nos permitirá no sólo conocer el gasto al 2008, sus fuentes, agentes y proveedores, sino que además podremos evaluar y realzar la calidad de los datos; determinar cuáles actividades y funciones concentran la inversión de los recursos y quienes han sido los beneficiarios de los mismos. El objetivo de este informe es describir, analizar e interpretar la información reunida para la medición del gasto en SIDA, y emitir un juicio acerca del significado de los hallazgos en el contexto del MEGAS, de tal manera que se pueda llegar a conclusiones y recomendaciones extraídas de esos hallazgos.

El análisis de los datos es cuantitativo y permitirá comparar los resultados del MEGAS con las actividades programáticas del PEN para el 2008, para ver si se refleja apropiadamente los objetivos del programa, qué posibles explicaciones tienen las cifras inesperadas y qué conclusiones y recomendaciones se pueden extraer de las cifras.

- h) Validación de la información.** Con la finalidad de validar los resultados presentados, así como la metodología de estimación del gasto privado, se efectuó una primera reunión con los actores más relevantes en el financiamiento de la respuesta nacional, cuyas observaciones fueron consideradas en este informe. Dicha actividad se llevó a cabo en el salón de reuniones de COPRESIDA, contando con la participación de los principales directivos y personal técnico financiero, de M&E del COPRESIDA, la USAID y ONUSIDA.

Posteriormente, se elaboró un informe preliminar de resultados, el cual fue presentado a COPRESIDA y ONUSIDA, recibiendo de ésta última una serie de observaciones y recomendaciones que fueron consideradas para mejorar la calidad de los resultados del estudio y para adecuar los registros previamente realizados en el software.

Adicionalmente se recontactaron algunas instituciones como la USAID, la DIGECITSS, REDOVIIH, entre otras, para validar algunos registros que fueron realizados para la presentación de resultados preliminares, adecuando aquellos que así lo requerían.

- i) Redacción del informe.** Agotados los pasos anteriores y disponiendo de las tablas del software, previamente procesadas, se procedió a la preparación del presente informe que

describe el proceso de recolección, alimentación y procesamiento de datos, así como la presentación organizada y comentada de las tablas que los agrupan y organizan.

Previamente se presenta una caracterización general del país, sobre todo lo relacionado al VIH/SIDA, presentando un enfoque de la respuesta nacional a la epidemia y de los integrantes del Consejo Presidencial del SIDA, así como el rol de los sectores que intervienen en el proceso.

- j) Difusión y utilización de la información.** El MEGAS es una documentación que ha recogido y procesado información, con el propósito de difundirla y darla a conocer, de tal modo que sirva de marco de referencia e instrumento de discusión para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas que contribuyan al fortalecimiento del sector y la provisión de mayores y mejores beneficios a la población meta del COPRESIDA. En ese sentido, el MEGAS debe catalogarse como un documento de difusión primaria que permita conocer el volumen de recursos invertidos en el VIH/SIDA, así como determinar las brechas existentes.

5.3 Criterios de estimación

Dado que la metodología requiere una clasificación diferente a la que usualmente se utiliza en la contabilidad de las instituciones, muchos datos no pueden ser obtenidos en base a la misma y, para obtenerlos, se requiere realizar un conjunto de estimaciones. Para ello, se realizaron visitas a instituciones especializadas y entrevistas a personas claves manejadoras de datos e informaciones específicas sobre áreas fundamentales a fin de determinar el gasto y el consumo nacional, clasificado de manera que sirva como sustento a las decisiones de política, incluyendo el consumo de los hogares. En este sentido, se realizaron entrevistas con actores relevantes del sector, pertenecientes a REDOVIIH, ASOLSIDA, SEEPyD, COPRESIDA, DIGECITSS, médicos del sector público y privado especialistas en tratamiento en SIDA, UAIs, laboratorios, entre otros.

En relación con la estimación del gasto privado y de hogares, no se cuenta con registros contables de instituciones proveedoras o aseguradoras que permitan estimarlo por la vía administrativa. Tampoco las encuestas de hogares procesadas hasta el momento permiten una vinculación entre el gasto de hogares y aquellos donde vive una persona con VIH. En tal sentido, se recurrió a la valoración, partiendo de la base de la información del programa nacional de atención y las cifras epidemiológicas sobre el estado de la epidemia, tal como aparecen en el informe de UNGASS 2008 y de informes elaborados o provistos por expertos quienes definieron un conjunto de intervenciones tipo (exámenes, hospitalizaciones, consulta externa, infecciones oportunista) en esas actividades, utilizando un enfoque de costo, asumiendo una serie de supuestos en cuanto a prevalencia por edad y sexo, utilización de servicios del sector público, protocolos de tratamiento, etc.

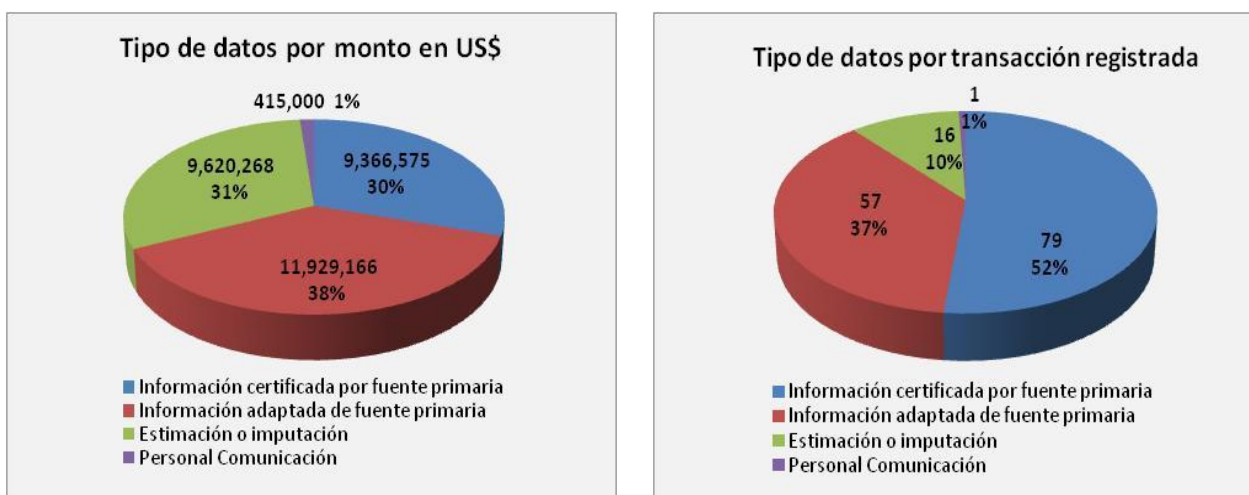
Las áreas cuya estimación de gasto se complementó con estas entrevistas de profundidad fueron: condones, gastos de las Unidades de Atención Integral (UAIs), estimación de gastos por infecciones oportunistas, gastos en análisis químicos y radiológicos no incluidos en el subsidio público, ITS, consumo privado de ARV y otros.

En el Anexo 4 se incluye una metodología detallada de los medios utilizados para estas estimaciones.

5.4 Calidad de los datos

El estudio de MEGAS República Dominicana contó con un levantamiento importante de datos desde las fuentes primarias, sin embargo, se considera que los mismos pueden ser mejorados continuamente en los procesos siguientes que se realicen, articulando la recolección de la información a través de una red interinstitucional que permita concentrar los datos que fluyan desde los organismos de financiamiento, los agentes y los proveedores. Las gráficas extraídas del software que se presentan a continuación resumen la calidad de los datos obtenidos.

Gráfico 7: Calidad de los datos del Estudio MEGAS República Dominicana, 2008



El grueso de la información registrada fue certificada por las fuentes primarias, es decir que los datos no sólo son provenientes de la contabilidad de sus organizaciones, sino que la categorización de las actividades, población y factores de producción fueron identificadas por ellos mismos.

Al hablar de información adaptada nos referimos a aquella proveniente de la contabilidad organizacional, pero que fue clasificada por el equipo de trabajo de MEGAS, mientras que las estimaciones contemplan aquellos datos que fueron calculados a partir de estudios de costos, poblaciones beneficiarias e informes nacionales.

VI. RESULTADOS DEL MEGAS

El gasto nacional en SIDA, ejecutado durante el año 2008, ascendió a RD\$ 1,077 millones, equivalentes a US\$ 31 millones. A continuación se ofrecen mayores detalles sobre estos resultados, de acuerdo a las diferentes dimensiones del MEGAS.

6.1 Gasto en SIDA por fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiación (FF) son las entidades (o esquemas) que colectan el dinero y lo canalizan a los agentes de financiación, pero sin definir cuál es el propósito específico del gasto. La decisión de cómo se administran estos fondos y en qué se gastan, corresponde a los agentes de financiación para la lucha contra el VIH/SIDA. Estos, a su vez, transfieren los fondos a los proveedores, que son quienes entregan los servicios. Una misma institución puede desempeñar varios roles, como fuente, agente y proveedor, dependiendo de la transacción de que se trate.

La clasificación básica de las fuentes de financiamiento es como sigue: fondos públicos, fondos internacionales y fondos privados. En nuestro país los fondos públicos se refieren a los asignados por el Gobierno Central, dado que actualmente los gobiernos sub-nacionales, como las municipalidades, no aportan para estos fines. El préstamo del Banco Mundial, cuya ejecución concluyó en el 2008, administrado por COPRESIDA, es parte también del financiamiento público, de acuerdo a la metodología de MEGAS. Esto es así porque los préstamos externos son obligaciones que contrae el Estado. Los fondos privados se refieren, principalmente, al gasto de bolsillo de los hogares dominicanos para enfrentar la epidemia y algunos otros aportes del sector privado, como pudieran ser las actividades que emprenden las empresas dentro de sus programas de responsabilidad social. Los fondos internacionales, finalmente, son los que provienen de donaciones externas, ya sea de gobiernos extranjeros, de fuentes multilaterales o de organizaciones no gubernamentales del exterior.

Como su nombre lo indica, MEGAS significa “medición del gasto”; por tanto, el gasto es la variable fundamental a la hora de elaborar el dato. En tal sentido, es posible que una entidad actuando como fuente de financiamiento contabilice sus desembolsos en cierto período, lo cual no significa que la que actúa para esa transacción como agente financiero ejecute sus gastos en el mismo período, ni que los proveedores entreguen efectivamente los servicios. Por tal motivo, es normal que la información entregada por instituciones actuando como fuentes no coincida con la que ejecutan los agentes de financiamiento, ni tampoco con los proveedores. La información correspondiente a los proveedores es la que, en definitiva, se considera como gasto en SIDA en un período determinado y, hacia atrás, se atribuye la misma cantidad a los agentes y a las fuentes.

En el caso que nos ocupa, muchos contratos interinstitucionales se firmaron a mediados o a finales del 2008; asimismo, ciertos proyectos estaban siendo financiados a dos años, con lo que una parte de los recursos estaban destinados a cubrir actividades en el año 2009. En ese sentido, el cruce de datos entre fuente, agente y proveedor tuvieron que ser ajustados para eliminar la discrepancia de información.

En algunos casos, mediante la revisión de informes y tablas de inversiones en proyectos de organismos que se desempeñan usualmente como FF, por ejemplo, las instituciones internacionales, fueron considerados los proyectos que aunque iniciaron en el 2007, su fecha

de ejecución abarcaba parte del año 2008. Para estos casos se realizó una estimación por mes, realizando algunos supuestos para distribuir los recursos y asignar la parte correspondiente al 2008, tal como se explica en el anexo sobre estimaciones.

Tal como se expresó de manera resumida previamente, durante el año 2008, la asignación de recursos a la respuesta nacional del VIH/SIDA en el país fue de **RD\$ 1,077,473,380** (un mil setenta y siete millones cuatrocientos setenta y tres mil trescientos ochenta pesos), unos **US\$ 31,331,008²⁶**, de los cuales 49% provino de *fondos internacionales*, el 26% de *fondos privados* y el 25% restante de *fondos públicos*. Los fondos públicos son las asignaciones del Gobierno Central para financiar las siguientes partidas: los recursos presupuestarios asignados a la SESPAS para el funcionamiento de la DIGECITSS y de las UAIs, así como de las asignaciones para el COPRESIDA; también contemplan los fondos restantes del préstamo del Banco Mundial, dado que se consideran parte del financiamiento público.

El gráfico siguiente muestra la distribución en pesos dominicanos del total asignado a la epidemia del VIH/SIDA, por cada tipo de fuente de financiamiento, durante el año 2008.

Gráfico 8. Total monto del gasto en SIDA por fuentes de financiamiento en RD\$, 2008



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Los **fondos públicos** representan el 26.0% del total de fuentes y, dentro de éstos, el 16.1% corresponde al Gobierno Central en base a fuentes fiscales y el 9.9% al préstamo del Banco Mundial.

Los **fondos internacionales** representan el 48.7% del financiamiento total, dentro del cual, el 87.5% es provisto por *agencias multilaterales*, el 10.5% por *contribuciones bilaterales directas* y el 2.1% restante por *organizaciones y fundaciones internacionales con y sin fines de lucro*. Del total de fondos otorgados por agencias multilaterales, el 94.5% es el aporte otorgado por el Fondo Mundial para apoyar la respuesta al VIH/SIDA en el país, tal como se presenta en la tabla 6. Es preciso señalar que la información correspondiente a varias organizaciones internacionales puede estar subestimada, debido a que no todas entregaron los datos completos. En otros casos, el año 2008 fue un período de transición entre la finalización de un programa y el inicio de otro. Este fue el caso del gobierno de Estados Unidos, ya que concluyó su proyecto Conecta y el PEPFAR, aunque ya aprobado, comenzó a desembolsarse en el 2009.

²⁶ A la tasa promedio del Banco Central para el año 2008 de 34.39

Finalmente, los **fondos privados** están constituidos por aportes de los hogares y de las empresas. No se han realizado monografías en el país para estudiar con detenimiento estas últimas fuentes, por lo que para nuestros fines se realizó una estimación del gasto de bolsillo de los hogares, cuya metodología de estimación se detalla en el Anexo 3. Los hogares aportaron el 24.7% del total del recursos aportados a la respuesta nacional, representando a su vez, el 97.8% de las fuentes privadas. El volumen de la inversión de los hogares en nuestro país se debe, principalmente, a los recursos invertidos en prevención, mediante la adquisición de condones y la orientación de fondos para atención y tratamiento que destinan los PVVS en el sector privado, sobre todo aquellos que se encuentran en seguimiento y/o tratamiento a nivel de clínicas privadas, quienes adquieren antirretrovirales de marca, que cuadruplican en precio los obtenidos a través del programa nacional de atención integral.

La tabla siguiente muestra los recursos invertidos por cada fuente de financiamiento que apoyó la respuesta nacional durante el 2008:

Tabla 6: Gasto por tipo de fondo y fuentes de financiamiento				
Fondos por fuentes de Financiamiento	Total RD\$	Total US\$	% del Total	% por tipo fondos
Fondos públicos	280,162,706	8,146,633	26.0%	100.0%
Fondos de gobiernos territoriales	280,162,706	8,146,633	26.0%	100.0%
Renta del gobierno central	173,174,686	5,035,612	16.1%	61.8%
Prestamos reembolsables	106,988,020	3,111,021	9.9%	38.2%
Fondos privados	272,199,568	7,915,079	25.3%	100.0%
Instituciones y corporaciones con fines de lucro	2,510,458	73,000	0.2%	0.9%
Fondos de hogares	266,096,587	7,737,615	24.7%	97.8%
Instituciones sin fines de lucro (distintas del seguro social)	1,496,730	43,522	0.1%	0.5%
Fuentes privadas de financiación s.c.o.	2,095,793	60,942	0.2%	0.8%
Fondos internacionales	525,111,106	15,269,296	48.7%	
Contribuciones bilaterales directas	54,897,078	1,596,309	5.1%	100.0%
Gobierno de Alemania	3,787,827	110,143	0.4%	6.9%
Gobierno de España	3,499,444	101,758	0.3%	6.4%
Gobierno de Estados Unidos de América	47,609,807	1,384,408	4.4%	86.7%
Agencias Multilaterales	459,215,809	13,353,179	42.6%	100.0%
Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria	434,046,564	12,621,302	40.3%	94.5%
Secretaría del ONUSIDA	16,267,738	473,037	1.5%	3.5%
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	2,899,680	84,318	0.3%	0.6%
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	751,422	21,850	0.1%	0.2%
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)	1,133,799	32,969	0.1%	0.2%
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	2,598,079	75,548	0.2%	0.6%
Fondos multilaterales o fondos de desarrollo s.c.o.	1,518,527	44,156	0.1%	0.3%
ONGs internacionales	10,998,219	319,809	1.0%	
Organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	9,849,501	286,406	0.9%	100.0%
PSI (Population Services International)	1,115,911	32,449	0.1%	11.3%
Fundación Clinton	2,558,103	74,385	0.2%	26.0%
Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)	745,717	21,684	0.1%	7.6%
Otras ONGs internacionales sin fines de lucro s.c.o.	5,429,770	157,888	0.5%	55.1%
Entidades internac. con fines lucro	1,148,718	33,403	0.1%	100.0%
Otros fondos internacionales	1,148,718	33,403	0.1%	100.0%
Total por agentes de financiamiento	1,077,473,380	31,331,008	100.0%	

6.2 Gasto por categoría (CGS), según fuentes de financiamiento (FF)

El cuadro que sigue muestra el gasto en las diferentes categorías de gasto en SIDA, clasificado por fuentes de financiamiento. Un mayor detalle se muestra en el reporte estadístico 6.

Tabla 7: Gasto por tipo de fuentes de financiamiento y categoría del gasto en SIDA											
Tipos de Fuentes de Financiamiento	Categorías de gasto en SIDA								Total por Fuentes Financiamiento		
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	%
Fondos Públicos	50,409,873	89,604,615	818,978	115,087,271	7,131,815	13,200	5,987,986	11,108,968	280,162,706	8,146,633	26.00%
Fondos privados	82,026,914	188,310,861	-	244,151	1,531,400	-	-	86,242	272,199,568	7,915,079	25.26%
Fondos internacionales	136,999,371	158,704,085	12,699	195,670,204	17,412,009	105,617	12,050,702	4,156,419	525,111,106	15,269,296	48.74%
Total por categoría de gasto en SIDA RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008	100.00%
Total por categoría de gasto en SIDA US\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008		
% por categoría de gasto en SIDA	25.01%	40.52%	0.08%	28.86%	2.42%	0.01%	1.67%	1.42%	100.00%		

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Para el año de estudio, los **fondos de financiamiento internacional** estuvieron orientados principalmente a la gestión y administración de programas (37.3%), incluidos la mejora y construcción de infraestructura con un 16%, y el suministro de fármacos con un 12%. En segundo lugar, el apoyo internacional estuvo dirigido a la atención y tratamiento (30.2%). Los rubros principales cubiertos en esta categoría fueron hacia la atención ambulatoria con un 97.1% y en menor proporción a la atención hospitalaria, en las sub-categorías de asesoramiento y pruebas por iniciativas del proveedor, terapia antirretrovírica y el tratamiento de infecciones oportunistas, entre otras. En tercer lugar, los fondos de los donantes se asignaron para la prevención (26.1%), en sub-categorías tales como: la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) con un 16.8%, comunicación para el cambio social y de comportamiento; asesoramiento y pruebas voluntarias (APV); suministro de preservativos en el sector público y comercial, prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS); entre otras.

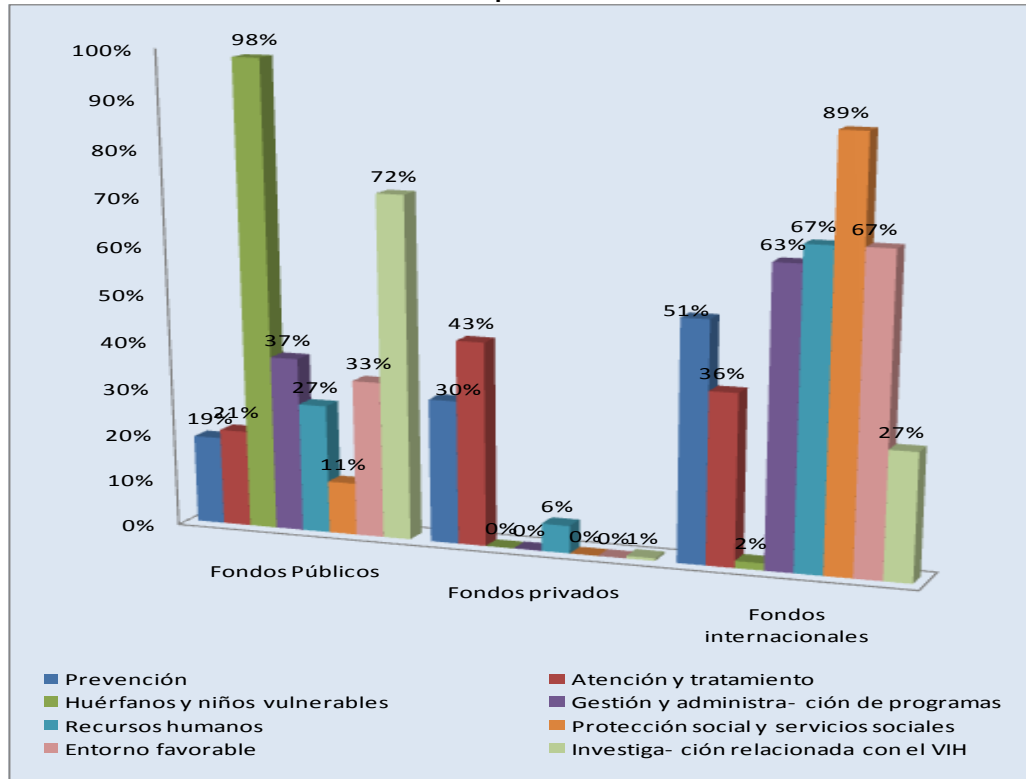
Tanto en las categorías de gasto en SIDA de protección social y servicios sociales, entorno favorable, recursos humanos, gestión y administración de programas, como en la de prevención, los fondos internacionales fueron los mayores financiadores del gasto, con una inversión de 89% - 67% - 67% - 63% y 51%, respectivamente, para cada CGS.

Las agencias multilaterales, en especial el Fondo Mundial fueron los mayores financiadores del gasto en SIDA. Es así que del 42.6% del financiamiento internacional multilateral, el Fondo Mundial representó el 40.28%. En tanto, el Gobierno de los Estados Unidos representó el 4.4% de la inversión bilateral, que alcanzó un 5.09% del financiamiento extranjero.

En tanto, el destino de los **fondos de financiamiento público** estuvo enfocado principalmente hacia la gestión y administración de programas (41.1%), la atención y tratamiento (32%), así como a la prevención (18%). En lo que corresponde a prevención, el 61.9% del gasto en esta categoría estuvo dirigido a la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo a través de la DIGECITSS, mientras que el 14.6% se enfocó al suministro de preservativos.

Los **fondos de financiamiento privado** se orientaron a la atención y tratamiento en un 69.2% y a la prevención en 30.1% enfocando un 95.1 al suministro de preservativos en este renglón.

Gráfico 9. Gasto en SIDA por fuentes de financiamiento



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

6.3 Agentes Financieros (AF)

Los agentes de financiación (AF) son entidades que combinan recursos financieros de diferentes fuentes, para pagar por los programas de prestación de servicios. Estas son las entidades que toman las decisiones programáticas en cuanto a qué adquirir, es decir, asumen un papel de comprador o agente. Tal como hemos señalado, una misma institución puede jugar varios papeles y ejercer más de una función. En ciertos casos, transfiere los fondos a un proveedor y en otros, provee directamente el servicio. Todo esto se analiza al momento de construir cada una de las transacciones del MEGAS.

En nuestro país, el COPRESIDA es el principal agente de financiamiento de la respuesta nacional, tanto del sector público como del sector privado, decidiendo por la forma de asignar el 53.0% de todos los recursos de dicha respuesta. En sentido general, el sector público toma las decisiones por el 65.7% de los fondos y la SESPAS es la segunda institución del sector público en cuanto al monto de recursos que canaliza. La SESPAS orienta los fondos principalmente a través de la DIGECITSS, que es la entidad que administra actualmente los Unidades de Atención Integral (UAI), unidades en las que se atiende la población afectada por el virus del VIH para recibir su tratamiento.

La tabla siguiente muestra en términos cuantitativos y porcentuales las decisiones de los agentes en la respuesta nacional al VIH/SIDA. Los agentes financieros privados toman las decisiones de gasto por el 27.7% de los recursos que se asignan a la respuesta nacional. Como se verá más

adelante, el grueso de estos recursos los gastan los hogares (88.8%) principalmente para la adquisición de condones y el restante 11.2% corresponde a las ONG nacionales. Los agentes del exterior administran la ejecución del gasto de sólo el 5.6% de los recursos. El 25.9% de este monto corresponde a ONUSIDA, mientras que USAID, a través de FHI y PEPFAR concentra el 58.3%. El 10.1% a ONG internacionales y un 1.3% al PNUD.²⁷

Tabla 8: Gasto por Agente de Financiamiento				
Agentes de Financiamiento	Monto RD\$	Monto en US\$	% del total	% por AF
Agentes Públicos	717,999,371	20,878,144	66.6%	
SESPAS	141,815,016	4,123,728	13.2%	19.8%
Hacienda	5,466,585	158,959	0.5%	0.8%
COPRESIDA	570,717,770	16,595,457	53.0%	79.5%
Agentes Privados	299,510,679	8,709,238	27.8%	
ONGs Nacionales	33,414,092	971,622	3.1%	11.2%
Hogares	266,096,587	7,737,615	24.7%	88.8%
Agentes del Exterior	59,963,330	1,743,627	5.6%	
USAID / PEPFAR	34,966,672	1,016,769	3.2%	58.3%
ONUSIDA	15,513,154	451,095	1.4%	25.9%
PNUD	751,422	21,850	0.1%	1.3%
FHI	2,674,535	77,771	0.2%	4.5%
Otras ONG internacionales	6,057,547	176,143	0.6%	10.1%
Total	1,077,473,380	31,331,008	100.0%	

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

6.4 Agentes Financieros (AF) por categoría de gasto en SIDA (CGS)

En el año estudiado (2008), los fondos administrados por los *agentes financieros* se dirigieron, según orden de importancia, a la atención y tratamiento (40.52%); a la gestión y administración de programas (28.86%), y a programas de prevención (25.01%). Esto se puede observar en la tabla 9.

Los *agentes financieros públicos* invirtieron la mayor parte de los recursos administración de programas (38.7%), seguido de atención y tratamiento (32.6%) y prevención (23.1%). Los demás servicios (HNV, RR.HH., protección social, entorno favorable e investigación) representaron un 5.7%. Es importante destacar que el monto asignado a recursos humanos (2.9%), se refiere a capacitación y formación de los mismos, así como a los incentivos de la DIGECITSS para retener su personal de servicios de salud dentro del sector de VIH/SIDA, ya que las rentas salariales se contemplan dentro de las CGS donde el personal ofrezca sus servicios, de acuerdo a la metodología de MEGAS.

En el caso de los *agentes financieros privados*, interesa destacar por separado la forma en que se gastaron los recursos administrados por los hogares y por las ONG. Como se señaló previamente, los hogares gastaron el 29% de los recursos en prevención, básicamente para la compra de condones; asimismo, gastaron el 71% en tratamiento, tanto para completar sus necesidades no totalmente cubiertas por el sistema público, así como para aquellos pacientes que se tratan totalmente en el sector privado, con financiamiento propio. En el caso de las

²⁷ Hasta el momento no se ha podido obtener la información correspondiente a otras agencias de Naciones Unidas que poseen gasto en SIDA, tales como la OPS.

ONG, sus decisiones financieras estuvieron orientadas a la prevención con 32%, mientras que el 31% se asignó a actividades de tratamiento y prevención. El 36% restante lo dirigió a las actividades de gestión y administración de programas (10%), RR.HH. (5%), entorno favorable (13%) y 8% a investigación.

Los *agentes financieros internacionales*, por su parte, orientaron los recursos económicos principalmente a la gestión y administración de programas (49.8%), la prevención (25.0%) y a propiciar un entorno favorable (10.2%), mediante la sensibilización y los programas dirigidos a los derechos humanos y en particular, al desarrollo institucional del SIDA.

Tabla 9: Agentes Financieros (AF) sectorizados por grupo de Categoría del Gasto en SIDA (CGS)											
Agentes Financieros	Categoría de Gasto en SIDA								RD\$	US\$	%
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH			
Sector Público	165,632,114	233,829,320	818,978	277,681,907	21,066,087	13,200	7,542,722	11,415,043	717,999,371	20,878,144	67%
	23.1%	32.6%	0.1%	38.7%	2.9%	0.0%	1.1%	1.6%	100%		
Sector Privado	88,807,055	198,526,466	-	3,442,178	1,789,290	-	4,396,052	2,549,638	299,510,679	8,709,238	28%
	29.7%	66.3%	0.0%	1.1%	0.6%	0.0%	1.5%	0.9%	100%		
Organizaciones Internacionales	14,996,989	4,263,775	12,699	29,877,541	3,219,847	105,617	6,099,914	1,386,948	59,963,330	1,743,627	6%
	26.4%	6.5%	0.0%	48.9%	4.7%	0.2%	10.0%	3.2%	100%		
Total por AF RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008	100%
Total por AF US\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008		
% por AF	25.01%	40.52%	0.08%	28.86%	2.42%	0.01%	1.67%	1.42%	100%		

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

6.5 Agentes Financieros (AF) por población beneficiaria (PB)

Durante el 2008, las personas que viven con VIH fueron las principales receptoras de los fondos que se destinan a la respuesta nacional, recibiendo el 39.7% de los fondos que los agentes financieros asignan a la misma, donde los agentes privados representan el 63.3%, dado que incluye el tratamiento antirretroviral cubierto por los hogares y que en el sector privado de salud resulta más costoso que los ofrecidos dentro del PNAI, tal como se aprecia en las estimaciones del gasto de hogares incluidas en el anexo 3.

Los gastos en intervenciones no dirigidas siguen en orden de importancia, recibiendo un 37.8%. Cabe señalar en este punto que muchas de las intervenciones orientadas a PVVS, HNV, CDI, TRAX, HSH, etc. están incluidas en esta categoría, debido a la falta de una clara identificación de los beneficiarios, tal es el caso de los condones distribuidos, cuya población meta sólo fue asignada en algunos de los casos, para los cuales el equipo de trabajo dispuso de información veraz.

La población en general recibe un 16.1%, mientras que las más expuestas y claves reciben en conjunto un 5.6%, y otras poblaciones un 0.8%. La tabla 10 muestra la distribución del gasto, el 49% de los fondos de la SESPAS van a las PVVS y el 51% a poblaciones objetivos específicas incluidas en la categoría de intervenciones no dirigidas, mientras que los recursos de COPRESIDA se destinan a las diferentes categorías poblacionales, con énfasis en las PVVS (27%) pero también en la población general y demás poblaciones.

Tabla 10: Gasto Agentes de Financiamiento x por población beneficiaria									
Agentes de Financiamiento	Poblaciones Beneficiarias								
	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	RD\$	US\$	%
Público	225,774,191	11,198,454	42,817,129	8,758,839	66,238,159	363,212,599	717,999,371	20,878,144	66.6%
	31.4%	1.6%	6.0%	1.2%	9.2%	50.6%	100%		
SESPAS	69,663,620	-	-	-	9,851,827	62,299,569	141,815,016	3,837,255	13.2%
Hacienda	-	-	-	-	-	5,466,585	5,466,585	158,959	0.5%
COPRESIDA	156,110,571	11,198,454	42,817,129	8,758,839	56,386,332	295,446,445	570,717,770	17,480,506	53.0%
Privado	189,490,829	1,160,735	1,608,178	-	98,201,253	9,049,684	299,510,679	8,709,238	27.8%
	63.3%	0.4%	0.5%	0.0%	32.8%	3.0%	100%		
ONGs Nacionales	13,455,090	1,160,735	1,608,178	-	8,140,405	9,049,684	33,414,092	1,487,369	3.1%
Hogares	176,035,739	-	-	-	90,060,848	-	266,096,587	5,304,312	24.7%
Internacional	12,723,035	1,054,208	2,548,578	89,845	8,985,634	34,562,030	59,963,330	1,743,627	5.6%
	21.2%	1.8%	4.3%	0.1%	15.0%	57.6%	100%		
ONUSIDA	495,354	35,000	-	-	2,509,255	12,473,545	15,513,154	449,059	1.4%
USAID / PEPFAR	10,652,853	591,690	864,043	59,800	2,059,363	20,738,923	34,966,672	21,850	3.2%
PNUD	-	-	-	-	-	751,422	751,422	21,850	0.1%
FHI	848,951	111,004	1,684,535	30,045	-	-	2,674,535	15,773	0.2%
Otras ONG internac.	725,877	316,514	-	-	4,417,016	598,140	6,057,547	208,890	0.6%
Total RD\$	427,988,055	13,413,397	46,973,885	8,848,684	173,425,046	406,824,313	1,077,473,380	31,331,008	100.0%
Total US\$	12,445,131	390,038	1,365,917	257,304	5,042,892	11,829,727	31,331,008		
Porcentaje %	39.7%	1.2%	4.4%	0.8%	16.1%	37.8%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud a partir resultados MEGAS

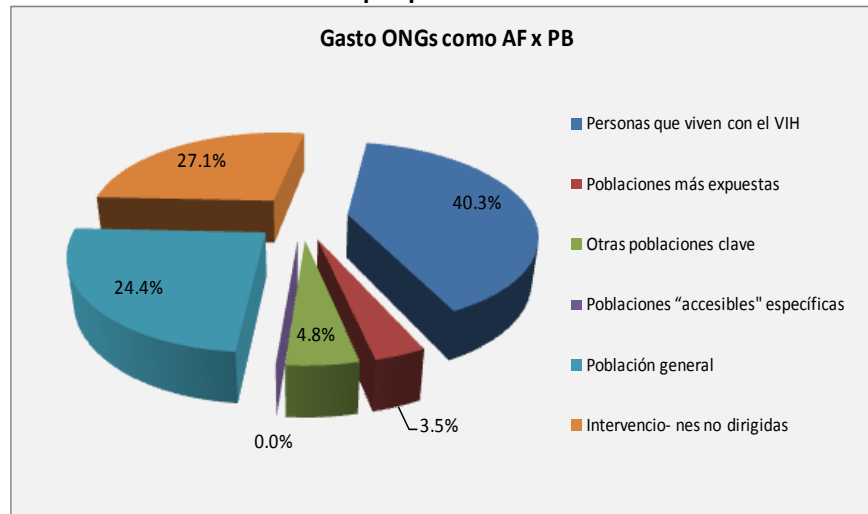
En el caso de los recursos administrados por los *agentes financieros públicos*, los mismos se orientaron, dentro del grupo de población claramente identificada, primordialmente hacia las personas que viven con VIH (31.4%) y a la población en general (9.2%). De los agentes financieros nacionales, el COPRESIDA fue el agente con una mayor incidencia en cada una de las sub-categorías del conjunto de poblaciones específicas, con un 53.0% del gasto ejecutado por los agentes financieros del sector gubernamental.

El gasto correspondiente a los *agentes financieros internacionales*, al igual que en el caso anterior tuvo registros importantes en intervenciones no dirigidas, con un 57.6%. Luego, el resto de la inversión se enfocó en las poblaciones de personas que viven con el VIH, en primer lugar y la población general, en segundo, con un 21.2% y un 15.0%, respectivamente. De igual forma, las poblaciones claves, en las que se incluyen los HNV, migrantes, personas privadas de libertad, niños y jóvenes escolarizados, entre otros, fue relevante para el gasto en SIDA de los agentes internacionales, cuyos recursos representaron el 4.3%.

En el caso de los *agentes financieros privados*, es importante distinguir la diferencia entre los hogares y las ONG nacionales. Los primeros distribuyen su gasto en proporción variable entre población general (34%), lo cual se refiere principalmente a compra de condones, y tratamiento de las PVVS (66%). Como ya se ha indicado, estos son gastos en que incurren los pacientes privados, pero también una proporción importante de gastos de bolsillo en que deben incurrir las personas que reciben tratamiento en el sistema público, que no lo cubre todo.

En el caso de las *ONGs Nacionales*, podemos distinguir que el 40.3% del gasto que asignan a la repuesta nacional está enfocado en la población que vive con VIH/SIDA, mientras que el 59.7% restante lo orienta al resto de la población, con un 27.1% destinado a las intervenciones no dirigidas. El gráfico 10, muestra la distribución del gasto de las ONGs por cada tipo de población.

Gráfico 10: Distribución del Gasto de las ONGs Nacionales como agentes financieros por población beneficiaria



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

6.6 Agentes Financieros (AF) por proveedores de servicios (PS)

Durante el año de estudio, las instituciones u organizaciones que funcionan como agentes de financiamiento compraron sus servicios a los proveedores de bienes y servicios en las proporciones siguientes: un 47.3% a los del sector público, un 50.1% a los del sector privado y un 2.6% a organismos internacionales.

COPRESIDA, como *agente público*, compra el 66.1% a proveedores del sector público, mientras que adquiere bienes y servicios en el sector privado por un 33.9%. En tanto, la SESPAS obtiene servicios en una mayor proporción en el sector público, donde paga un 89.0% del total del gasto que orienta a la epidemia del VIH/SIDA.

En el caso de los *agentes privados de financiamiento*, los Hogares pagan el 100% al sector privado para la obtención de los bienes y servicios. Esto así, porque aún las pruebas diagnósticas y complementarias que se realizan en establecimientos del sector público, donde por lo general existe un copago como cuota de recuperación hospitalaria, están exentas del mismo, ya que los reactivos son provistos por COPRESIDA y el personal por la SESPAS. Las ONGs Nacionales pagan en una proporción similar, un 98.1% a los proveedores privados y sólo un 1.9% a los proveedores públicos.

Los *agentes internacionales de financiamiento* tienen un comportamiento diferente, pues la mayor parte del pago para la obtención de bienes y servicios son realizados a proveedores privados (53.6%) y el 46.2% restante a organismos internacionales, que incluye básicamente los gastos institucionales para la planificación, coordinación y gestión de los programas de VIH/SIDA de sus entidades. En el caso de ONUSIDA, la compra de bienes y servicios en el sector público fue de sólo de un 0.5%, mientras que pagó un 17.7% a proveedores del sector privado y el 81.8% restante fue provisto directamente, mediante la coordinación nacional de actividades de gestión de la entidad en el país.

La tabla siguiente muestra en detalle la compra de los agentes de financiamiento en los diferentes tipos de proveedores:

Tabla 11: Gasto Agentes de Financiamiento x por proveedores de servicios						
Agentes de Financiamiento	Proveedores de Servicio					
	Proveedores del Sector Público	Proveedores del Sector Privado	Proveedores Organismos Internacionales	RD\$	US\$	%
Sector Público	509,038,943	208,960,428	0.00	717,999,371	20,878,144	66.6%
Gobiernos territoriales	70.9%	29.1%	0.0%	100%		
Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector) - SESPAS	126,257,558	15,557,458	0.00	141,815,016	4,123,728	13.2%
Ministerio de Economía (o entidad equivalente del sector) - Hacienda	5,466,585	0.00	0.00	5,466,585	158,959	0.5%
Autoridad Nacional Coordinadora del Sida - COPRESIDA	377,314,800	193,402,970	0.00	570,717,770	16,595,457	53.0%
Sector Privado	635,721	298,874,958	0.00	299,510,679	8,709,238	27.8%
	0.2%	99.8%	0.0%	100%		
Instituciones sin fines de lucro (distintas del seguro social) - ONGs Nacionales	635,721	32,778,371	0.00	33,414,092	1,487,369	3.1%
Hogares Privados	0.00	266,096,587	0.00	266,096,587	5,304,312	24.7%
Organizaciones Internacionales	75,658	32,168,162	27,719,510	59,963,330	1,743,627	5.6%
	0.1%	53.6%	46.2%	100%		
Oficinas nacionales de organismos bilaterales que administran recursos externos y cumplen funciones de agentes de financiación	0.00	20,694,822	14,271,850	34,966,672	1,016,769	3.2%
USAID / PEPFAR	0.00	20,694,822	14,271,850	34,966,672	1,016,769	3.2%
Organismos multilaterales que administran recursos externos	75,658	2,741,258	13,447,660	16,264,576	472,945	1.5%
ONUSIDA	75,658	2,741,258	12,696,238	15,513,154	451,095	1.4%
PNUD	0.00	0.00	751,422	751,422	21,850	0.1%
Organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	0.00	8,732,082	0.00	8,732,082	253,913	0.8%
Family Health International	0.00	2,674,535	0.00	2,674,535	77,771	0.2%
Otras organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro s.c.o.	0.00	6,057,547	0.00	6,057,547	176,143	0.6%
Total RD\$	509,750,322	540,003,548	27,719,510	1,077,473,380	31,331,008	100.0%
Total US\$	14,822,632	15,702,342	806,034	31,331,008		
Porcentaje %	47.3%	50.1%	2.6%	100%		

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud a partir resultados MEGAS

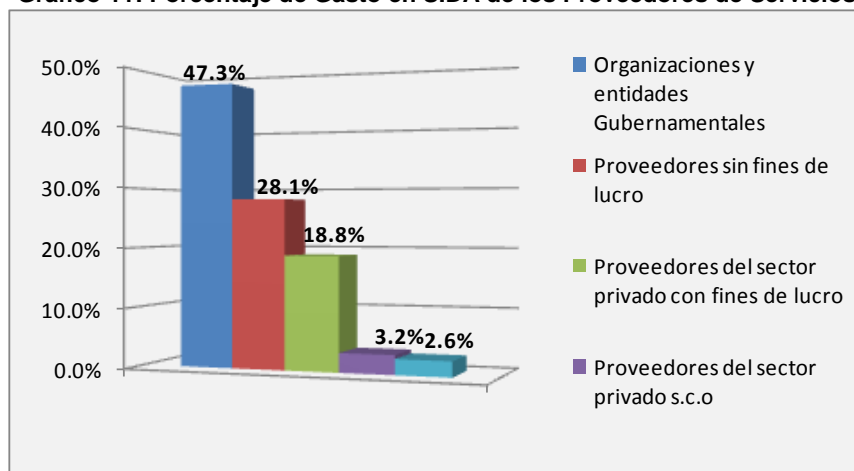
6.7 Proveedores de Servicios

Los proveedores (PS) son entidades que participan en la producción, la provisión y la prestación de servicios relacionados con el VIH, entregados mediante factores de producción, tales como rentas salariales, materiales y suministros, equipos, etc. En el MEGAS, los proveedores de servicios se clasifican básicamente en cuatro grupos: 1) Proveedores públicos, 2) Proveedores privados sin fines de lucro, 3) Entidades bilaterales y multilaterales y 4) Otros proveedores privados (con fines de lucro y no clasificados).

Casi la mitad de los servicios para enfrentar la respuesta nacional en el 2008, fueron entregados por las instituciones gubernamentales (47.39%) y una importante proporción, por proveedores sin fines de lucro (28.1%).

En los reportes estadísticos 4 y 5 se incluyen dos cuadros descriptivos de proveedores por agente de financiamiento y por categoría de gasto. La distribución de los gastos por tipo de proveedor, se presenta en el gráfico siguiente:

Gráfico 11: Porcentaje de Gasto en SIDA de los Proveedores de Servicios



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

6.8 Proveedor de Servicios por Categoría de gasto en SIDA

La tabla siguiente muestra el gasto nacional en SIDA por categoría del gasto, según tipo de proveedor, para el año 2008. El reporte estadístico incluido en el anexo, muestra la misma información con un mayor detalle.

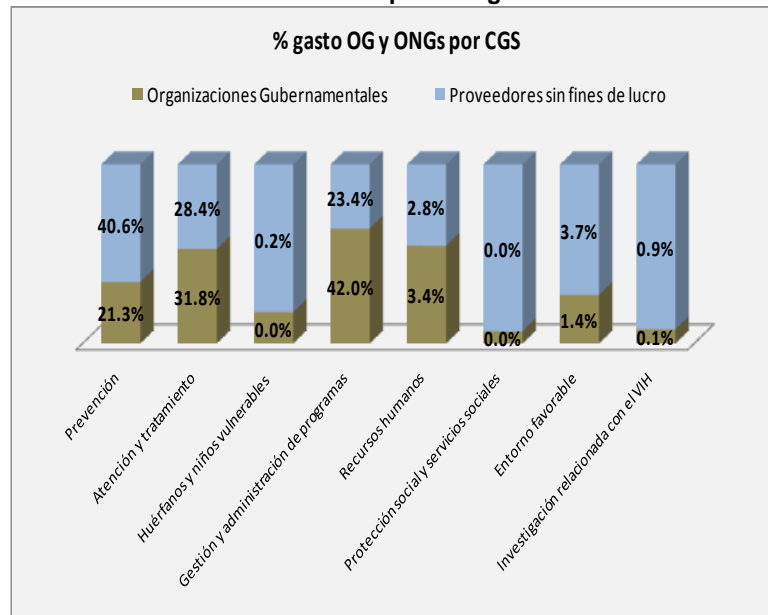
Tabla 12: Gasto de los proveedores de servicios por categoría de gasto en SIDA										
Tipo de Proveedores de Servicios	Categoría de gasto en SIDA								Total RD\$	Total US\$
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH		
Organizaciones y entidades Gubernamentales	108,667,813	162,228,487	218,978	214,086,907	17,186,096	13,200	6,946,933	401,908	509,750,322	14,822,632
	21.3%	31.8%	0.0%	42.0%	3.4%	0.0%	1.4%	0.1%	100%	
Proveedores sin fines de lucro	122,835,752	86,068,238	612,699	70,792,942	8,469,948	105,617	11,066,755	2,746,588	302,698,539	8,801,935
	40.6%	28.4%	0.2%	23.4%	2.8%	0.0%	3.7%	0.9%	100.0%	
Proveedores del sector privado con fines de lucro	1,190,352	188,261,703	-	1,906,024	-	-	-	11,451,711	202,809,790	5,897,348
	0.6%	92.8%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%	100.0%	
Proveedores del sector privado s.c.o	34,409,086	61,133	-	-	-	-	25,000	-	34,495,219	1,003,060
	99.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	100.0%	
Organismos Bilaterales y Multilaterales	2,333,155	-	-	24,215,753	419,180	-	-	751,422	27,719,510	806,034
	8.4%	0.0%	0.0%	87.4%	1.5%	0.0%	0.0%	2.7%	100.0%	
Total RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008
Total US\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008	
% del gasto por CGS	25.01%	40.52%	0.08%	28.86%	2.42%	0.01%	1.67%	1.42%	100.00%	

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud a partir de datos MEGAS

En general, los proveedores orientan la mayor cantidad de recursos a la atención y tratamiento, dedicando a ello un 40.52% del gasto. En segundo lugar se encuentra la gestión y administración de los programas con un 28.86% y en tercer lugar la prevención con 25.01%.

Los patrones de gasto entre los proveedores públicos y los sin fines de lucro presentan ciertas diferencias. Mientras los proveedores gubernamentales dan prioridad a la atención y tratamiento (31.8%), las ONG orientan una mayor cantidad de recursos a la prevención (40.6%). Los proveedores gubernamentales asignan montos muy elevados a la gestión y administración de los programas (42.0%), mientras que las ONGs invierten en esta categoría un poco más de la quinta parte de su gasto (23.4%). En el gráfico siguiente puede observarse como distribuyen las ONGs y los proveedores gubernamentales el gasto por cada categoría o función:

Gráfico 12: Porcentaje de Gasto de los Organismos Gubernamentales y Proveedores sin fines de lucro por Categoría de Gasto en SIDA



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Los organismos gubernamentales son los principales proveedores de la respuesta nacional, prestando el 47.3% del valor de los bienes y servicios. Los organismos no gubernamentales constituyen el segundo tipo de proveedor en orden de importancia, ejecutando un 28% de los fondos. Las empresas con fines de lucro ejecutan el 19%, refiriéndose estos montos a la venta de condones, medicamentos y prestación de servicios en clínicas privadas.

Hay diferencias en el patrón de gastos de las entidades públicas y las ONG. En el reporte estadístico 5, incluido en el anexo, se muestra el desglose de cómo ejecutan los proveedores de cada grupo en las diferentes categorías de gasto en SIDA. Se aprecia que dentro del grupo de entidades gubernamentales, el COPRESIDA, como proveedor, ejecuta el 7.4%, seguido de la DIGECITSS con un 20.0%, correspondiente al pago del personal que labora en las UAIs y los incentivos para retención de los mismos dentro del sector.

En el caso de los hospitales públicos de la SESPAS, orientan un 69.9% del gasto a atención y tratamiento, y el 30.1% restante a prevención. El COPRESIDA, por su parte, el gasto que realiza como proveedor lo asigna en su mayor parte a la gestión y administración de programas (75.0%), a prevención (18.3%), concentrando en estos dos grupos de CGS el 93.3% de la ejecución. La DIGECITSS, por su lado, dedica el 81.4% del gasto a la gestión y administración de programas.

En el caso de los proveedores privados, incluidas las ONGs, la mayor parte de los recursos se dirigen a la atención y tratamiento (50.8%) y en segundo lugar a la prevención (29.3%). Los organismos internacionales, como proveedores, dedican el 87.4% a la gestión y administración de programas y el 8.4% a la prevención.

6.9 Proveedor de servicios (PS) por población beneficiaria (PB)

El cuadro que sigue muestra las poblaciones importantes consignadas en el MEGAS y el valor de los servicios que recibieron de los proveedores durante el año 2008, en

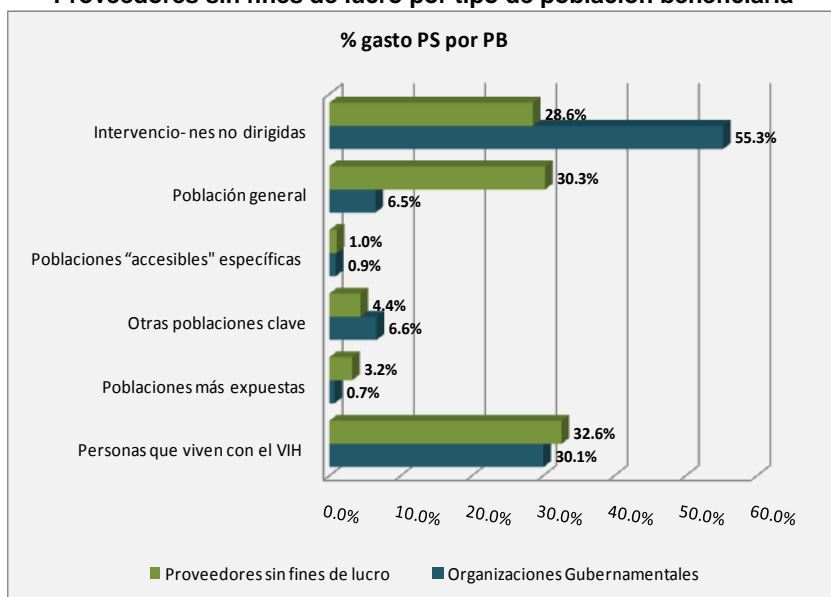
RD\$. También se presentan los totales en US\$ y la participación porcentual total por tipo de proveedor y por población.

Tabla 13: Gasto de los proveedores de servicios por población beneficiaria									
Proveedores de Servicios	Población Beneficiaria						Total gasto por PS		
	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	RD\$	US\$	%
Organizaciones Gubernamentales	153,184,012	3,556,727	33,780,029	4,525,763	32,997,656	281,706,135	509,750,322	14,822,632	47.3%
Proveedores sin fines de lucro	98,610,149	9,649,473	13,195,316	3,132,569	91,619,027	86,492,005	302,698,539	8,801,935	28.1%
Proveedores del sector privado con fines de lucro	176,014,844	205,737	-	1,190,352	12,041,122	13,357,735	202,809,790	5,897,348	18.8%
Proveedores del sector privado s.c.o	61,133	-	-	-	34,434,086	-	34,495,219	1,003,060	3.2%
Organismos Multilaterales	-	-	-	-	2,333,155	25,386,355	27,719,510	806,034	2.6%
Total gasto por PB RD\$	427,870,138	13,411,937	46,975,345	8,848,684	173,425,046	406,942,230	1,077,473,380	31,331,008	100%
Total gasto por PB US\$	12,441,702	389,995	1,365,959	257,304	5,042,892	11,833,156	31,331,008		
% del gasto por PB	39.7%	1.2%	4.4%	0.8%	16.1%	37.8%	100%		

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Tal como se indicó antes, las instituciones públicas y las ONG son los principales proveedores, razón por la cual se observa su atención a los diferentes tipos de poblaciones. Los organismos internacionales ejecutan sus programas de trabajo, destinados a apoyar a las diferentes instituciones del sector, razón por la cual una parte importante de sus gastos se clasifican en intervenciones no dirigidas. La distribución de los recursos por tipo de población beneficiaria para los grupos de proveedores fundamentales, es decir, los gubernamentales y sin fines de lucro (ONGs) que representan el 75.4% del gasto, se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 13: Porcentaje de Gasto de los Organismos Gubernamentales y Proveedores sin fines de lucro por tipo de población beneficiaria



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Como se observa, la estructura difiere bastante en ambos casos, correspondiendo una proporción similar de servicios dirigidos a las personas que viven con VIH, de 32.6% en el caso de las ONGs y 30.1% para las entidades gubernamentales. Sin embargo, los servicios brindados a la población general e intervenciones no dirigidas, en el caso de las ONG, que presentan un 30.3% y 28.6%, respectivamente.

Respecto a los proveedores gubernamentales se observa que una gran cantidad de recursos están orientados a intervenciones no dirigidas, más del 50%, %. Esto, en parte, se debe a la falta de información en los registros de la DIGECITSS, que impiden distinguir los beneficiarios de muchos de sus servicios, por ejemplo, la prevención de ITS.

6.10 Proveedores de servicios según factores de producción

Los tipos de bienes y servicios que pagan los proveedores se clasifican en términos económicos o por objeto del gasto, es decir, en gastos corrientes o actuales y gastos de capital. Los primeros se dividen en compensaciones salariales, suministros y servicios y otros gastos. Los de capital, por su parte, se dividen en edificios, equipos y otros.

La tabla siguiente muestra el gasto de los proveedores por factores de producción para el año 2008. Como puede notarse, el grueso de las asignaciones a la respuesta nacional constituye gasto corriente (93.6%).

En el caso de los proveedores gubernamentales, el 51.79% de su gasto se destina a suministros y servicios y el 33.62% al pago de empleados. Las ONG destinan el 46.21% a la primera partida y el 36.41% a la segunda.

En el caso de los gastos corrientes y de los factores no desglosados por tipo, MEGAS recomienda su uso cuando se desconoce las categorías específicas que son objeto del gasto. Como se observa, una partida importante del gasto se registra allí, porque en muchos casos fue necesario estimar el gasto partiendo de informes que proveyeron montos globales de ejecución.

Tabla 14: Proveedores de servicios por tipo de factores de producción u objeto del gasto												
Tipo de Proveedores de Servicios	Gastos Actuales	Renta de Trabajo	Suministros y servicios	Gastos actuales no desglosados por tipo	Gastos actuales no desglosados s.c.o	Gastos de Capital	Edificios	Equipos	Gastos de capital no desglosados por tipo	Factores de producción no desglosados por tipo	Total Gastos	
											RD\$	US\$
Organizaciones Gubernamentales	470,442,743	171,362,498	264,017,583	34,744,563	318,099	37,187,275	26,234,006	10,953,269	-	2,120,304	509,750,322	14,822,632
Proveedores sin fines de lucro	287,100,259	110,210,136	139,865,597	36,985,192	39,334	2,537,361	1,068,892	1,352,660	115,809	13,060,919	302,698,539	8,801,935
Proveedores del sector privado con fines de lucro	202,809,790	6,055,686	184,354,700	12,399,404	-	-	-	-	-	-	202,809,790	5,897,348
Proveedores del sector privado s.c.o	34,495,219	25,000	34,470,219	-	-	-	-	-	-	-	34,495,219	1,003,060
Organismos Multilaterales	13,301,881	10,432,344	1,024,823	1,844,714	-	145,779	-	145,779	-	14,271,850	27,719,510	806,034
Total RD\$	1,008,149,892	298,085,664	623,732,922	85,973,873	357,433	39,870,415	27,302,898	12,451,708	115,809	29,453,073	1,077,473,380	31,331,008
Total US\$	29,315,205	8,667,801	18,137,043	2,499,967	10,394	1,159,361	793,920	362,074	3,368	856,443	31,331,008	
%	93.6%	27.7%	57.9%	8.0%	0.0%	3.7%	2.5%	1.2%	0.0%	2.7%	100%	

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

6.11 Población beneficiaria

Los esfuerzos que realiza un país para contener la epidemia del VIH y el SIDA, tienen que reflejarse en las poblaciones meta a quienes se destinan estos fondos. La tabla siguiente muestra en valores absolutos y porcentuales, la distribución del gasto por tipo de población definida en MEGAS, cuyos datos en detalle se presenta en el reporte estadístico 8:

Tabla 15: Gasto por tipo de población beneficiaria			
Categoría de población	RD\$	US\$	%
Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	427,870,138	12,441,702	39.7%
Poblaciones más expuestas	13,411,937	389,995	1.2%
Otras poblaciones clave	46,975,345	1,365,959	4.4%
Poblaciones "accesibles" específicas	8,848,684	257,304	0.8%
Población general	173,425,046	5,042,892	16.1%
Intervenciones no dirigidas	406,942,230	11,833,156	37.8%
Total general	1,077,473,380	31,331,008	100.00%

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Aunque esta información se había presentado antes, aquí explicamos cada tipo de población, para luego, en la sección siguiente, ver qué bienes y servicios recibe cada población.

Personas que viven con el VIH SIDA: El 39.72% del gasto total estimado fue orientado a la categoría de *personas que viven con el VIH*, identificándose como beneficiarios principales a mujeres, jóvenes y niños. El 27.54% del gasto total registrado lo ocupa en primer lugar la Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni sexo, mientras que en segundo lugar se encuentra Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo con un 11.29%.

Poblaciones más expuestas: La clasificación taxonómica de MEGAS indica que éstas pueden agruparse en función del comportamiento que adoptan y que las pone en mayor riesgo de exposición al VIH, lo que a su vez identifica a aquellas poblaciones que deben ser prioritarias para las actividades de vigilancia y evaluación de los programas nacionales y sub-nacionales. Entre estos grupos de las poblaciones más expuestas generalmente se encuentran los siguientes: profesionales del sexo (PR), sus clientes, consumidores de drogas inyectables (CDI) y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Los resultados de MEGAS permitieron identificar una proporción mayor del gasto en los HSH con un 0.39% del total y un 31.52% dentro de la categoría poblacional.

Otras poblaciones claves: dentro de éstas se incluyen HNV (huérfanos y niños vulnerables), Migrantes, Niños/as en la calle, personas privadas de libertad, transportistas, entre otros. La razón de que los resultados indiquen sólo un 4.36% del gasto orientado a este segmento poblacional se debe, en mayor parte, a que no se contó con información suficiente para desagregar el gasto. Cabe señalar que otros proyectos firmados en el 2008 con la Fiscalía y que estaban orientados a las personas privadas de libertad no iniciaron sus desembolsos hasta el año 2009. En esta categoría, el grueso del gasto estuvo orientado a niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH, que representa un 2.44% del gasto total y un 55.93% respecto de su categoría. Ello se debe al trabajo que se realiza en el marco de la prevención

de la transmisión vertical que desarrolla el COPRESIDA conjuntamente con la SESPAS, proporcionando profilaxis antirretroviral y apoyo nutricional, así como pruebas diagnósticas. También se aprecia la inversión efectuada en la población migrante que en nuestro caso se refiere a las poblaciones que habitan en los bateyes y donde los haitianos tienen una gran representación, con un 14.65% del gasto de la categoría.

Poblaciones accesibles específicas: representaron menos del 1% del gasto por las razones expuestas en el ítem anterior y se refiere a estudiantes, militares y policías, empleados de fábrica, etc. Se identifican como las poblaciones de mayor ejecución la de los estudiantes universitarios que dentro de su categoría representaron el 36.18%, proveniente de las acciones implementadas por la Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCyT). En tanto, el segundo lugar lo ocupan los empleados de fábricas con un 28.42% dentro de su categoría, cuya ejecución fue realizada en el marco del trabajo del CASC.

Población general: es el tercer reglón de mayor relevancia, con un 16.10% del gasto, principalmente cuando está orientado al beneficio de la población en su conjunto.

Intervenciones no dirigidas: este rubro que representó el 37.76% del total se refiere a las inversiones que se realizan para gestionar los programas, así como los recursos destinados a capacitación e incentivos del personal y la investigación. Asimismo, abarca las poblaciones que pudieran pertenecer a cualquiera de las categorías anteriores, pero que las actividades no permiten establecer claramente hacia que segmento se orientó el gasto.

6.12 Población beneficiaria por categoría del gasto en SIDA

Interesa también analizar qué tipo de bienes y servicios reciben las poblaciones beneficiarias del Gasto Nacional en SIDA. En este sentido, MEGAS nos permite realizar ese cruce y estudiar la dimensión de la población por categoría de gasto, lo cual se muestra en la tabla que sigue:

Tabla 16: Gastos en actividades por población beneficiaria, 2008											
Población Beneficiaria	Categoría del Gasto en SIDA								Total gasto por PB		
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	%
Personas que viven con el VIH	11,932,597	409,863,904	-	-	-	70,099	6,003,538	-	427,870,138	12,441,702	39.7%
Poblaciones más expuestas	10,322,450	3,089,487	-	-	-	-	-	-	13,411,937	389,995	1.2%
Otras poblaciones clave	42,745,768	1,673,221	831,677	-	-	48,718	1,675,961	-	46,975,345	1,365,959	4.4%
Poblaciones "accesibles" específicas	8,788,884	-	-	-	-	-	59,800	-	8,848,684	257,304	0.8%
Población general	142,812,652	21,992,949	-	-	-	-	8,619,445	-	173,425,046	5,042,892	16.1%
Intervenciones no dirigidas	52,833,807	-	-	311,001,626	26,075,224	-	1,679,944	15,351,629	406,942,230	11,833,156	37.8%
Total RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008	100.0%
TUS\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008		
% gasto	25.01%	40.52%	0.08%	28.86%	2.42%	0.01%	1.67%	1.42%	100%		

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

El análisis de este cruce nos permite identificar las erogaciones en categorías de gasto por cada tipo de población y el punto más relevante en las mismas. El grueso de las intervenciones

de prevención se destinan a la población general con un 53% del gasto que incluye principalmente los recursos destinados a la adquisición de condones.

En la CGS de atención y tratamiento el 94% está orientado a las PVVS, incluyendo en ello los fármacos antirretrovirales, los medicamentos para infecciones oportunistas, así como la vigilancia relacionada con el VIH/SIDA.

El 100% de los recursos invertidos en la CGS de gestión y administración de programas corresponde a intervenciones no dirigidas.

6.13 Categoría de gasto en SIDA

Las categorías de gasto relativo al SIDA (CGS) son intervenciones y actividades relacionadas con el VIH. La revisión de la categoría de gasto, permite visualizar cómo se está invirtiendo los recursos económicos en la lucha contra el VIH/SIDA en el país. . Esto lo hemos visto previamente desde diferentes puntos de vista, ya sea en relación con las fuentes de financiamiento, los agentes o los proveedores. En este caso, presentamos de nuevo el resumen, para comprender luego la presentación, de manera detallada, de las diferentes categorías del gasto en SIDA, tal como las contempla MEGAS.

Tabla 17: Resumen del gasto por categoría de gasto en SIDA			
Categoría de Gasto en SIDA	Total por CGS		
	RD\$	US\$	%
Prevención	269,436,158	7,834,724	25.01%
Atención y tratamiento	436,619,561	12,696,120	40.52%
Huérfanos y niños vulnerables	831,677	24,184	0.08%
Gestión y administración de programas	311,001,626	9,043,374	28.86%
Recursos humanos	26,075,224	758,221	2.42%
Protección social y servicios sociales	118,817	3,455	0.01%
Entorno favorable	18,038,688	524,533	1.67%
Investigación relacionada con el VIH	15,351,629	446,398	1.42%
Total gasto por CGS	1,077,473,380	31,331,008	100%

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

El mayor porcentaje del gasto (40.52%) está orientado a la atención y tratamiento, principalmente a lo relacionado a las terapias antirretrovíricas, las profilaxis y tratamiento para infecciones oportunistas, así como el apoyo nutricional a las personas viviendo con VIH/SIDA. Esto se observa mejor en la tabla que sigue.

En segundo lugar, la gestión y administración de programas (28.86%) y en tercer puesto la prevención (25%) que es un factor importante en la ejecución del gasto durante el año 2008, principalmente en lo relativo a la Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC), la movilización de la comunidad, el asesoramiento y pruebas voluntarias (APV), así como programas específicos de prevención para VIH, HSH, CDI, PTMI, etc.

Puede notarse que la terapia ARV constituye la principal partida de gasto (19.5%) seguida de la planificación y gestión de programa (15%) y los condones (9%). Otras partidas importantes son: la vigilancia de laboratorios (5%), la profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones

oportunistas (4.7%), la prevención de ITS (2.9%) y la prevención de la transmisión materno infantil (2.3%).

A continuación se presenta un análisis detallado de las partidas monetarias por grupo de CGS para las actividades de prevención y tratamiento que contiene la siguiente tabla:

Tabla 18: Detalle del gasto por categoría de gasto en SIDA (CGS)			
Categoría Gasto en SIDA	Total RD\$	Total US\$	%
Prevención	269,436,158	7,834,724	25.01%
Comunicación para el cambio social y comportamental	16,528,886	480,631	1.53%
Movilización de la comunidad	4,969,664	144,509	0.46%
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	17,083,791	496,766	1.59%
Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	22,888,237	665,549	2.12%
Prevención – jóvenes escolarizados	1,783,854	51,871	0.17%
Prevención – jóvenes no escolarizados	145,286	4,225	0.01%
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	11,932,597	346,979	1.11%
Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	5,015,715	145,848	0.47%
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	4,227,604	122,931	0.39%
Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)	472,935	13,752	0.04%
Programas de prevención en el lugar de trabajo	2,515,011	73,132	0.23%
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	97,314,638	2,829,736	9.03%
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	31,179,635	906,648	2.89%
Prevención de la transmisión materno infantil (PTMI)	24,808,460	721,386	2.30%
Actividades de prevención no desglosadas por intervención	28,569,845	830,760	2.65%
Atención y tratamiento	436,619,561	12,696,120	40.52%
Atención ambulatoria	362,324,586	10,535,754	33.63%
Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	21,892,949	636,608	2.03%
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	50,902,917	1,480,166	4.72%
Terapia antirretrovírica	210,475,941	6,120,266	19.53%
Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	11,819,140	343,680	1.10%
Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	53,587,128	1,558,218	4.97%
Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	70,180	2,041	0.01%
Atención domiciliaria	12,578,376	365,757	1.17%
Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	997,955	29,019	0.09%
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	74,294,975	2,160,366	6.90%
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	831,677	24,184	0.08%
Educación para HNV	120,378	3,500	0.01%
Apoyo a la familia/ al hogar para HNV	1,460	42	0.00%
Apoyo comunitario para HNV	98,600	2,867	0.01%
Atención institucional para HNV	600,000	17,447	0.06%
Servicios para HNV no desglosados por intervención	11,239	327	0.00%
Gestión y administración de programas	311,001,626	9,043,374	28.86%
Planificación, coordinación y gestión de programas	159,944,989	4,650,916	14.84%
Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	7,693,421	223,711	0.71%
Vigilancia y evaluación	11,311,029	328,905	1.05%
Investigación de operaciones	692,754	20,144	0.06%
Vigilancia serológica (serovigilancia)	554,686	16,129	0.05%
Sistemas de suministros de fármacos	26,867,679	781,264	2.49%
Tecnología de la información	3,607,099	104,888	0.33%
Seguimiento de pacientes	709,911	20,643	0.07%
Mejora y construcción de infraestructura	32,692,889	950,651	3.03%
Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	33,532,619	975,069	3.11%
Gestión y administración de los programas s.c.o.	33,394,550	971,054	3.10%

Tabla 18: Detalle del gasto por categoría de gasto en SIDA (CGS)			
Categoría Gasto en SIDA	Total RD\$	Total US\$	%
Recursos humanos	26,075,224	758,221	2.42%
Incentivos monetarios para recursos humanos	1,454,122	42,283	0.13%
Capacitación	22,336,432	649,504	2.07%
Recursos humanos no desglosados por tipo	2,284,670	66,434	0.21%
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	118,817	3,455	0.01%
Protección social a través de beneficios monetarios	32,045	932	0.00%
Protección social a través de beneficios en especie	58,054	1,688	0.01%
Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo	28,718	835	0.00%
Entorno favorable	18,038,688	524,533	1.67%
Sensibilización	8,532,994	248,124	0.79%
Programas de derechos humanos	1,082,640	31,481	0.10%
Desarrollo institucional específico del sida	8,215,707	238,898	0.76%
Programas específicos del sida orientados a las mujeres	35,300	1,026	0.00%
Entorno favorable no desglosado por tipo	121,774	3,541	0.01%
Entorno favorable s.c.o.	50,273	1,462	0.00%
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	15,351,629	446,398	1.42%
Investigación en ciencias sociales	14,949,721	434,711	1.39%
Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	401,908	11,687	0.04%
Total en RD\$	1,077,473,380	31,331,008	100.00%

Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

- **Actividades de prevención:**

Comunicación para el cambio social y comportamental: abarca las acciones realizadas por ONGs como REDOVIIH, CAMUVA, CIMUDIS, etc., así como las entidades gubernamentales como el COPRESIDA, la Subsecretaría de Atención a las Personas de la SESPAS, la Secretaría de la Mujer, etc., cuyo enfoque incluyó la distribución de boletines, folletos e historietas dirigidas a la prevención del VIH/SIDA y al uso de condones en el acto sexual, la prevención de las ITS, entre otras. El 89% del gasto CGS estuvo orientado a la población en general, mientras que el 11% restante se clasificó como intervenciones no dirigidas. La comunicación para el cambio social y comportamental no desglosada por tipo representó el 1.03% del gasto total.

Movilización de la comunidad: Las principales entidades que realizaron actividades de capacitación de pares y grupos de autoapoyo fueron el COIN, CASCO, Teatro Guloya, CIMUDIS, COPRESIDA e IDDI.

Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV): Esta actividad constituye uno de los indicadores por objetivos de la ejecución del Fondo Mundial en el país. En el marco de la misma, las ONGs y entidades gubernamentales que al 2008 tenían contratos con el COPRESIDA no reportaron en su totalidad el número de personas alcanzadas en esta actividad.

Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles: Esta actividad fue desarrollada por ONGs sub-beneficiarias del COPRESIDA. En esta CGS el 77.73% se enfocó en otras poblaciones claves, donde la CCC significó el 0.97% del gasto total, seguido de la prevención y tratamiento de las ITS con el 0.62% del gasto general. En cambio, las partidas más relevantes dentro de esta categoría fueron el CCC dirigido en un 86.20% de su gasto a otras poblaciones claves, incluyendo a los migrantes haitianos que habitan en los bateyes; asimismo, destaca el APV que se destinó un 70.14% a las poblaciones “accesibles

específicas”, entre las que incluyen los estudiantes universitarios alcanzados por la SEESCyT y los empleados de fábricas logrados por la CASC.

Prevención – jóvenes escolarizados y no escolarizados: Referido a las actividades desarrolladas a favor de estudiantes de primaria y secundaria, así como de niños y jóvenes fuera del aula, alcanzados por el IDDI, entre otras entidades. Estas CGS representaron el 0.17% y 0.01 del gasto total en SIDA.

Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV): El rubro de mayor erogación fue el de prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV no desglosada por tipo con un 0.46% del gasto total, seguido de la CCC con un 0.40%.

Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes: En este punto la CCC representó el mayor porcentaje del gasto dirigido a esta población, con un 0.31% del gasto total y un 65.86% de la categoría.

Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): En esta CGS la CCC representó el mayor porcentaje del gasto dirigido a esta población, con un 0.34% del gasto total y un 87.14% de la categoría.

Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI): El 100% del gasto dirigido a esta población fue de CCC, cuya ejecución fue de un 0.04% del gasto total.

Programas de prevención en el lugar de trabajo: Las intervenciones programáticas en el lugar de trabajo no desglosadas por tipo constituyeron el 64.23% de la categoría y el 0.15% del gasto general.

Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial: Abarca 16.1 millones de unidades de condones suministrada en el sector público por 4.1 millones y el resto en el sector comercial, distribuidos en un 85% por PSI (US\$1.2 millones), un 12% por sector lucrativo (US\$1.0 millones) y un 4% por PROFAMILIA ((US\$56 mil).

Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS): 2.89% del gasto total estuvo dirigida a esta actividad y debido al desconocimiento de la población beneficiaria específica, la misma se registró en intervenciones no dirigidas.

Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI): El 46.47% del gasto de la categoría correspondió a APV, donde sólo la Fundación Mir reportó haber alcanzado 2,100 mujeres embarazadas. Como segundo renglón de importancia se encuentra las prácticas seguras de alimentación, con un 32.77% del renglón, refiriéndose a las fórmulas infantiles provistas del PTMI. La profilaxis antirretrovírica representó el 18.07% de la CGS. En conjunto esta actividad constituyó el 2.30% del gasto general.

Actividades de prevención no desglosadas por intervención: representó el 2.65% del gasto total y el 10.6% de las actividades de prevención.

- **Actividades de atención y tratamiento:**

Una parte importante del gasto incluido en las sub-categorías de esta CGS fueron parte de las estimaciones presentadas en el anexo 3, el cual detalla los supuestos adoptados, así como los procedimientos para registro en el software.

Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP): En esta categoría se incluyó el gasto estimado para las pruebas rápidas y de confirmación de la población general, suponiendo que el 100% de las mismas fueron indicadas por un profesional de la salud con fines diagnósticos. Este renglón constituyó el 2.3% del gasto total en SIDA y el 6.04% de la atención ambulatoria.

Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO): Este renglón representó el 4.72% del gasto total y un 15.16% de la atención ambulatoria. El registro parte de la adquisición de medicamentos efectuados por COPRESIDA y una diferencia establecida en las estimaciones efectuadas en base al estudio de costo de FHI/USAID. En la sub-categoría de profilaxis ambulatoria de IO se incluyeron los gastos estimado para los PVVS dentro y fuera del PNAI equivalente al 75.94% de este renglón. El tratamiento ambulatorio de IO fue de 13.28% y la proporción incluida en profilaxis y tratamiento ambulatorios de IO no desglosados por tipo de un 11.78% se refiere a actividades reportadas por otras entidades y que no estaban especificadas.

Terapia antirretrovírica: A esta sub-categoría le corresponde el 19.53% del gasto total y el 62.7% de la atención ambulatoria. En ella se consideraron las adquisiciones de COPRESIDA y se estableció el gasto mediante las estimaciones. En el caso de los PVVS fue posible distribuir el gasto en primera y segunda línea, para adultos e infantes, ya que se contó con los datos de población en TARV y los esquemas de tratamiento para ambas líneas. Para los PVVS adultos dentro del PNAI la TARV representó el 40.34% del gasto en ARV, mientras que para los infantes el gasto fue de 3.08% del renglón. En el caso de los PVVS fuera del PNAI el registro se efectuó en la CGS terapia antirretrovírica no desglosada por edad ni por línea de tratamiento, pues aunque con los datos obtenidos de precios y distribución de los pacientes por línea, se desconocía la proporción de adultos e infantes en TARV para desagregarlos en las categorías precedentes. Este registro representó el 11.05% del gasto total, el 56.58% de gasto en TARV y el 35.48% de la atención ambulatoria. Cabe señalar que aunque los PVVS fuera del PNAI en tercera línea, representan el 20% del total que se atiende en el sector privado, el gasto fue cinco veces mayor que el de primera línea, debido al elevado precio de los medicamentos de marca en el país.

Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica: Este renglón incluyó los suplementos alimenticios estimados como consumidos por los PVVS en TARV, tanto a nivel público como privado, representando el 1.10% del gasto total y el 3.09% de la atención ambulatoria.

Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH: Referido al 4.97% del gasto total y al 15.04% de la atención ambulatoria. Incluye las pruebas hemograma y bioquímica, así como de CD4 y Carga Viral efectuada a los PVVS en seguimiento clínico y en TARV, tanto dentro y fuera del PNAI:

Tratamiento psicológico y servicios de apoyo: Representa el 0.01% del gasto total y el 0.02% de la atención ambulatoria, contempla un monto mínimo indicado en las actividades desarrolladas por el COIN.

Atención domiciliaria: Representa el 1.17% del gasto total y el 3.69% de la atención ambulatoria, contempla las actividades desarrolladas básicamente por los sub-beneficiarios de USAID.

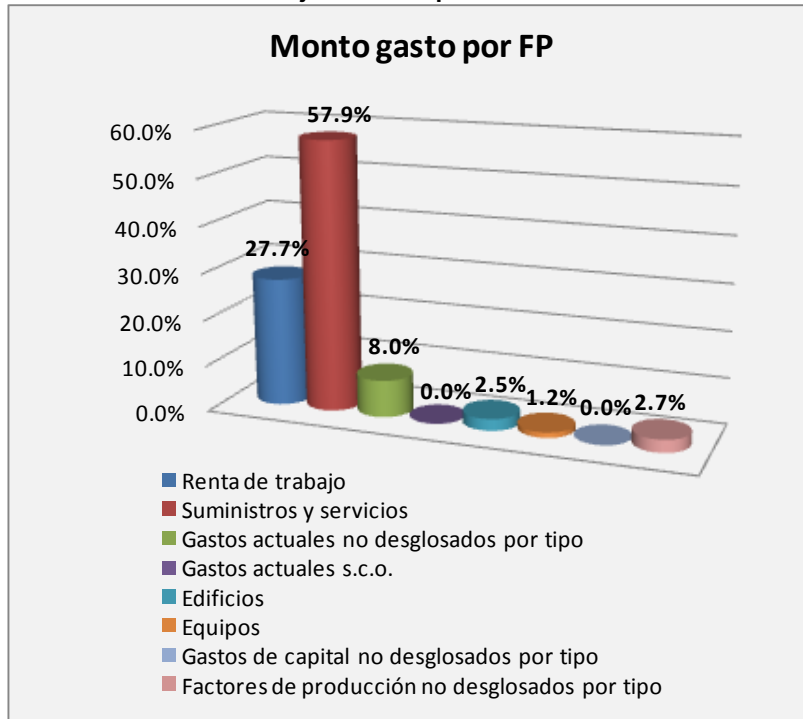
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención: Representa el 6.09% del gasto total y el 18.10% de la atención y tratamiento, incluye el gasto en RR.HH., tanto en las

UAIs públicas como de las ONGs y cuyo gasto no puede distribuirse entre las diferentes atenciones prestadas a los beneficiarios.

6.14 Factores de producción

Los factores de producción/costos de recursos (FP) son insumos (mano de obra, capital, recursos naturales, conocimiento técnico y recursos empresariales).

Gráfico 14: Porcentaje de Gasto por Factores de Producción



Fuente: Elaboración propia por Fundación Plenitud

Como se observa en la tabla 19 el 93.57% de los gastos son gastos corrientes y dentro de éstos el de mayor volumen es el suministros y servicios que representa el 61.87% de éste renglón, siendo el gasto de suministros materiales (39.37%) el renglón más relevante en esta categoría, debido a que agrupa los ARV, condones, kits de ITS, alimentos y nutrientes, entre otros. Los ARV representan el 7% del gasto total y los condones, el 9%. Otras partidas importantes son los viajes y servicios de transporte (6.5%), la logística de eventos, incluyendo el catering (3.4%), los reactivos y materiales (2.2%) y los alimentos y nutrientes (2%).

En orden de importancia sigue la renta del trabajo, siendo la principal partida la correspondiente a los salarios con un 21% del gasto total, el cual incluye todos los sueldos de las entidades relevantes a la respuesta nacional al VIH/SIDA en el país, considerando en ello al personal de salud y auxiliar.

Los gastos de capital sólo representan el 3.7% del total y dentro de ello se destaca el renglón de mejora de laboratorios y otras infraestructura, con un 2.1%, el cual abarca las remodelaciones y acondicionamientos realizadas en las UAIs para la prestación de servicios, así como otras infraestructuras de los proveedores de servicios, tales como las ONGs que fueron sub-beneficiarias del FM.

Tabla 19: Gasto Total por Categoría de Factor de Producción u Objeto del Gasto			
Categoría de Factor de Producción	RD\$	US\$	%
Gastos actuales	1,008,149,892	29,315,205	93.57%
Renta de trabajo (compensación de empleados y remuneración de propietarios)	298,085,664	8,667,801	27.67%
Salarios	226,722,190	6,592,678	21.04%
Contribuciones sociales	4,648,984	135,184	0.43%
Renta de trabajo no salarial	35,242,780	1,024,797	3.27%
Renta de trabajo no desglosada por tipo	31,345,440	911,470	2.91%
Renta de trabajo s.c.o.	126,270	3,672	0.01%
Suministros y servicios	623,732,922	18,137,043	57.89%
Antirretrovirales	197,510,777	5,743,262	18.33%
Otros fármacos y productos farmacéuticos (excluidos los ARV)	79,992,245	2,326,032	7.42%
Condomes	93,385,450	2,715,483	8.67%
Reactivos y materiales	23,808,193	692,300	2.21%
Alimentos y nutrientes	22,011,599	640,058	2.04%
Suministro de materiales no desglosado por tipo	2,256,619	65,618	0.21%
Otros suministro materiales s.c.o.	5,195,841	151,086	0.48%
Servicios Administrativos	16,105,187	468,310	1.49%
Mantenimiento y reparaciones	1,480,409	43,048	0.14%
Servicios editoriales, películas, teleradiodifusión y programación	15,273,087	444,114	1.42%
Servicios de consultoría	20,020,587	582,163	1.86%
Servicios de transportes y viajes	70,409,343	2,047,378	6.53%
Servicios de alojamiento	2,523,580	73,381	0.23%
Logística de eventos, incluidos los servicios de catering	36,859,185	1,071,800	3.42%
Servicios de Intermediación Financiera	454,469	13,215	0.04%
Servicios no desagregados por tipo	27,756,301	807,104	2.58%
Servicios n.e.c.	8,690,050	252,691	0.81%
Gastos actuales no desglosados por tipo	85,973,873	2,499,967	7.98%
Gastos actuales s.c.o.	357,433	10,394	0.03%
Gastos de capital	39,870,415	1,159,361	3.70%
Edificios	27,302,898	793,920	2.53%
Mejora de laboratorios y otra infraestructura	22,966,535	667,826	2.13%
Construcción de nuevos centros de salud	2,929,924	85,197	0.27%
Edificios no desglosados por tipo	386,163	11,229	0.04%
Edificios s.c.o.	1,020,276	29,668	0.09%
Equipos	12,451,708	362,074	1.16%
Vehículos	293,430	8,532	0.03%
Tecnología de la información (hardware y software)	945,295	27,487	0.09%
Equipos de laboratorio y otros equipos médicos	5,161,674	150,092	0.48%
Equipos no desglosados por tipo	606,568	17,638	0.06%
Equipos s.c.o.	5,444,741	158,323	0.51%
Gastos de capital no desglosados por tipo	115,809	3,368	0.01%
Factores de producción no desglosados por tipo	29,453,073	856,443	2.73%
Total	1,077,473,380	31,331,008	100.00%

A continuación se presenta un detalle de los cinco principales factores de producción del renglón de suministros y materiales:

ARV: En el cuadro que precede se destacan los antirretrovirales que representan un 18.33% del gasto total y un 31.67% del renglón de suministros y materiales. Este valor corresponde al gasto en ARV desembolsado por COPRESIDA, cuya adquisición ascendió a la cantidad de RD\$ 73,568,739, de los cuales RD\$3,678,437 fueron adquiridos como profilaxis para embarazadas VIH+ y recién nacidos; mas la diferencia establecida en las estimaciones de acuerdo al consumo proyectado de la población en TARV, ascendente a RD\$ 19,252,119. A esto se añade lo que se estima que pagan los PVVS que se atienden en el sector privado cuyo monto fue de RD\$ 104,689,920. Esta diferencia es el resultado de las consultas realizadas con actores claves, las cuales sustentaron estas estimaciones. Según los mismos, En este sentido, el costo mensual para los que se encontraban en línea de rescate de RD\$55,000 mensuales, equivalente a unos UD\$1,600 dólares. Del mismo modo, los demás ARV poseen precios muy superiores a los que consigue el PNAI.

Otros fármacos: Este renglón abarca los medicamentos utilizados como profilaxis y tratamiento para infecciones oportunistas cuyo monto ascendió a RD\$48,812,610. En ese caso, sucede a la inversa que con el caso de los ARVs; mientras que la inversión para IO en el sector público es mucho mayor, según las apreciaciones de los actores claves consultados, en el sector privado a los PVVS se le presentan menos eventos por llevar una adecuada nutrición y mayor porcentaje de adherencia al tratamiento. Adicionalmente, esta partida contempla los medicamentos utilizados en la prevención de ITS, por un monto de RD\$31,179,635

Condomes: Esta partida contempla la parte adquirida y considerada como distribuida por COPRESIDA, ascendente a 3.1 millón de unidades por un monto de RD\$ 11,470,223, más la cantidad que se estimó usada por la población en general como método preventivo ante la posibilidad de contraer VIH/SIDA. A esto le fue descontado el porcentaje usado para planificación, por la cantidad de RD\$ 78,019,726 y una distribución de 13 millones de unidades, de las cuales el 85% fue mercadeado socialmente por PSI, el 12% por el sector social y el 4% restante por PROFAMILIA.

Reactivos y materiales: esta partida contempla los kits de pruebas para CD4, CD8, Carga Viral y pruebas VIH que fueron adquiridos para realizar la vigilancia relacionada con el VIH, la prevención PTMI, entre otras actividades.

Alimentos y nutrientes: incluye los suplementos alimenticios que ingieren los PVVS como complemento a la nutrición y a la TARV para equilibrar la ingesta calórica que necesitan. Asimismo, incluye las fórmulas infantiles proporcionadas dentro del PTMI como práctica segura de alimentación de los lactantes, cuyo monto para el 2008 ascendió a RD\$8,128,739.

6.15 Resultados MEGAS en el contexto de ALC

Con la finalidad de situar el estudio de MEGAS en la República Dominicana, dentro de un contexto internacional, se seleccionaron un conjunto de países de América Latina y el Caribe que realizaron MEGAS años recientes²⁸. Los países y las fechas para las cuales existen

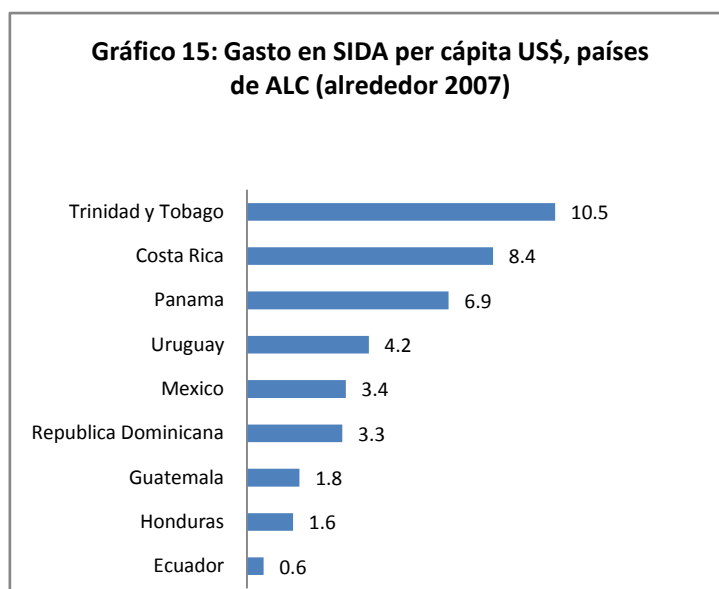
²⁸ Informes publicados en la página de ONUSIDA, ver: www.unaids.org. Este análisis se realiza solamente en base a los resultados de los estudios de los países, sin entrar en detalles sobre la operación de los programas, lo cual sale del alcance del presente trabajo.

estudios MEGAS recientes, son los siguientes: Guatemala (2005), Costa Rica (2006), Honduras (2006), Panamá (2006), Trinidad y Tobago (2006), Uruguay (2007), México (2007), Ecuador (2007) y República Dominicana (2008).

Se trata de países con niveles de ingreso per cápita similares (salvo Uruguay, que se encuentra muy por encima del resto). En término de prevalencia del VIH, existen importantes diferencias. En el extremo superior se encuentran Trinidad Tobago y la República Dominicana, con prevalencias superiores al 1%. Cerca de esta cifra se hallan Guatemala y Panamá; siguiéndole Honduras y Uruguay. En el extremo inferior se encuentran México, Ecuador y Costa Rica, con una prevalencia del 0.3%.

Estas diferencias en el tipo de epidemia que confrontan los países tiene que traducirse en programas nacionales distintos, dirigidos probablemente a grupos muy específicos más que a la población en general, en unos casos, así como diferencias en el grado en que un país debe invertir para atender a su población enferma o a mitigar los daños sociales que ha producido la epidemia.

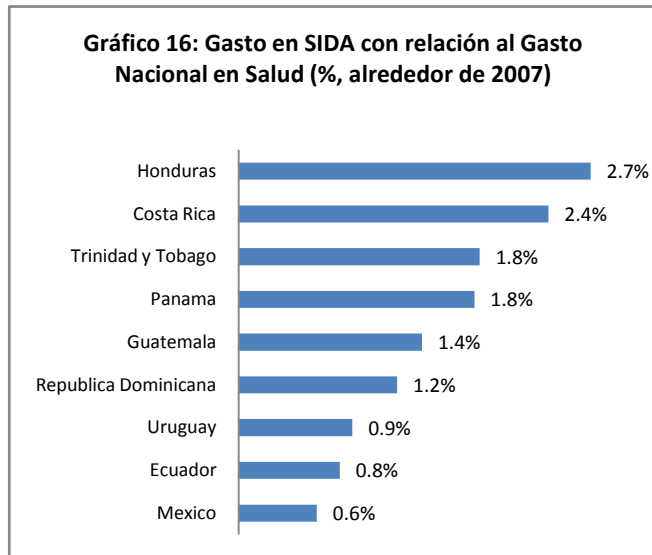
Es posible aproximarse al esfuerzo financiero de la sociedad como un todo en enfrentar la epidemia del SIDA, al analizar las cifras del gasto per cápita, expresado en dólares de los Estados Unidos, tal como se observa en el gráfico 15. Naturalmente, este dato está muy relacionado con el tamaño de la riqueza producida por la sociedad, que en el grupo de países analizados es muy diferente entre Trinidad Tobago (con un PNB per cápita de US\$20,710 ppp, para el 2006) y el resto de los países. Los que le siguen en términos de ingreso per cápita son México y Uruguay. Luego, en orden descendente, Costa Rica, Panamá, República Dominicana y Ecuador. En el extremo inferior, se encuentran Guatemala y Honduras, éste último con PNB per cápita de US\$3,300 ppp)²⁹.



Estas diferencias pueden explicar, por ejemplo, que Trinidad y Tobago gaste US\$10.5 dólares por persona a la lucha contra la epidemia, lo que también se justifica por ser el país que posee la prevalencia más elevada. En el caso de Costa Rica, sin embargo, se nota un gran esfuerzo en términos de gasto per cápita para combatir la epidemia, a pesar de que la prevalencia del VIH en ese país es la más baja del grupo. A la vez, podemos observar el caso opuesto en la República Dominicana. Se trata del segundo país en términos de prevalencia y el sexto (de nueve países) en términos de gasto en SIDA per cápita. Esto parece indicar que, a pesar de que en los últimos años se han incrementado sustancialmente los fondos destinados a atacar la enfermedad, todavía se requiere de un esfuerzo mayor.

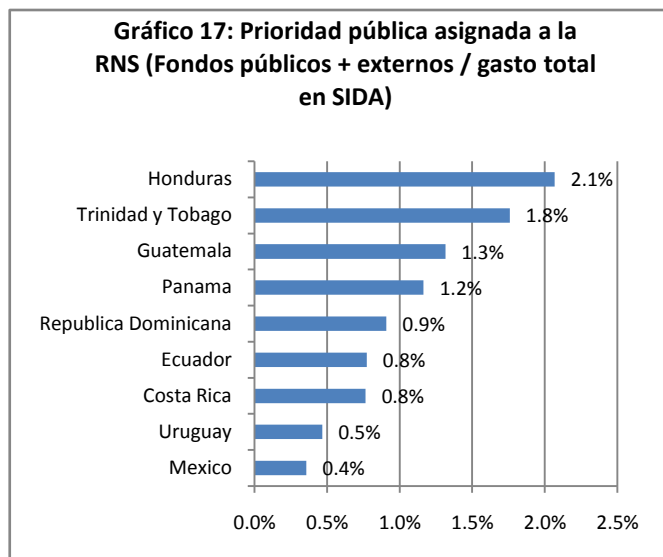
²⁹ Banco Mundial, World Development Indicators.

Más notoria es la reflexión anterior cuando analizamos el gasto en SIDA con relación al Gasto Nacional en Salud. Puede verse en el gráfico 16 que Honduras es el país que mayor prioridad otorga a la lucha contra el SIDA, siendo su prevalencia mediana, dentro del conjunto de países analizado y tratándose del país más pobre del grupo. Es notoria también la prioridad que le asigna Costa Rica, con una baja prevalencia, pero el caso de República Dominicana, una vez más, se encuentra en el sexto lugar dentro de este grupo. Es preciso señalar que estas cifras no son enteramente comparables, porque algunos países, como Trinidad Tobago y Ecuador, no incluyen gastos de hogares. Tampoco hemos realizado un análisis de cómo se hicieron tales estimaciones, pero este hecho introduce diferencias en las estimaciones. Es preciso señalar, además, que el gasto de los hogares no muestra la intencionalidad de las políticas, sino que refleja la necesidad percibida de las personas ante sus problemas de salud, a la vez que expresa sus posibilidades económicas de hacerles frente. Por ello se ha considerado como la forma más inequitativa del gasto en salud, dado que expresa las diferencias de la sociedad en términos de distribución del ingreso y la riqueza.



En tal sentido, con la intención de observar mejor la intencionalidad de las políticas públicas, el siguiente gráfico muestra el gasto público más el externo con relación al Gasto Nacional en Salud. En este caso se incluyen los fondos externos, porque son usualmente gestionados por las autoridades nacionales y, en general, administrados por éstas. Por tal motivo, la combinación de los mismos refleja las prioridades públicas en materia de la lucha contra el SIDA.

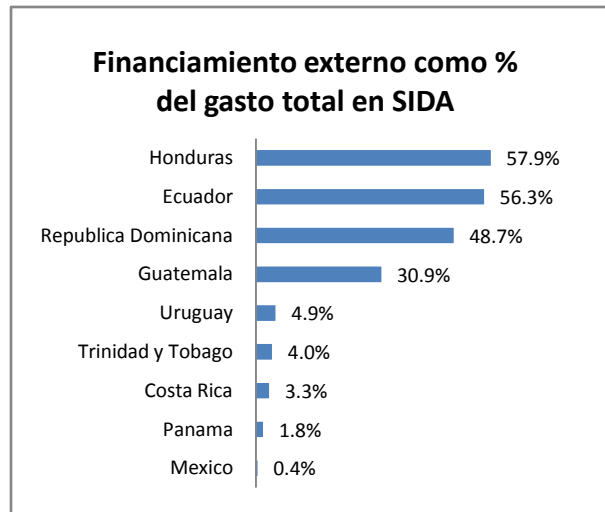
Como puede observarse en el gráfico 17, la posición de Costa Rica, que se ubicaba muy arriba según los indicadores anteriores, baja sustancialmente en esta forma de presentar los datos, porque la participación de las fuentes privadas es muy elevada en este país³⁰. Interesa destacar la prioridad intermedia que juega la lucha contra el SIDA en la República Dominicana, la cual se alcanza debido a la alta participación de los fondos internacionales, dado que los aportes del gobierno son sumamente bajos.



³⁰ Este resultado es contradictorio con las características del sistema de salud de Costa Rica, que es eminentemente público, manejado por la seguridad social. Puede ser que una parte sustancial del gasto en SIDA en Costa Rica corresponda a la adquisición privada de condones. Esto amerita un análisis más detenido, el cual queda fuera del alcance de este trabajo.

En efecto, el gráfico 18 muestra que en la República Dominicana, Ecuador y Honduras, la mitad o más del gasto en SIDA es financiado desde el exterior. En el caso dominicano, dado que el gasto de los hogares se ha estimado en un 25%, sólo un 26% corresponde al financiamiento público. Puede observarse que Costa Rica, Trinidad y Tobago, Uruguay, Panamá y México, dependen fundamentalmente de sus posibilidades internas.

Interesa destacar particularmente el caso de Trinidad y Tobago, con la mayor prevalencia de VIH en el conjunto de países y donde el 91% del gasto en SIDA es financiado con fondos públicos.



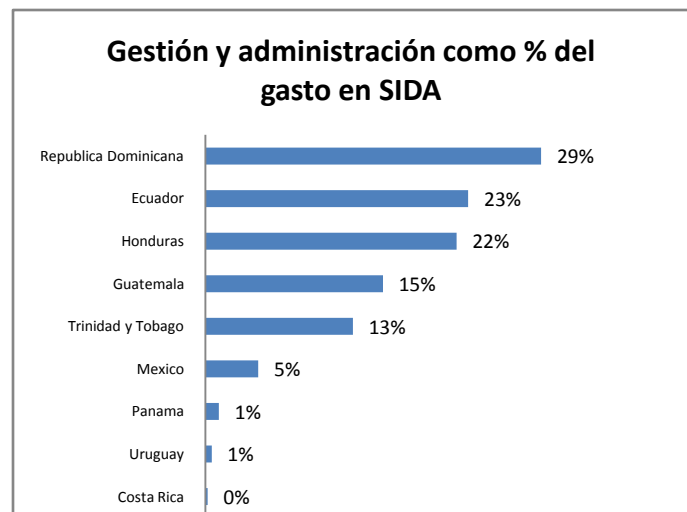
En cuanto al gasto por programas en los países analizados, el gráfico muestra los dos programas principales, que son prevención, por un lado y atención y tratamiento, por el otro. Se observa el alto porcentaje que destina Costa Rica a prevención, lo cual se justifica para intentar mantener bajos sus actuales niveles de prevalencia. Algo similar puede indicarse de Uruguay y Honduras.

La estrategia de México, Guatemala y Panamá pareciera ser diferente: es decir, asignar la mayor parte de los fondos disponibles al tratamiento de las personas que viven con VIH. Por supuesto, no es posible comprender cabalmente dichas estrategias sin conocer adecuadamente los programas de cada país. En este caso sólo se presentan los datos de manera indicativa.

En el caso de la República dominicana, un 41% de los recursos se dedican a la atención y el tratamiento, mientras que un 25% van hacia prevención. Tal como se señaló en el cuerpo del informe, esto pudiera revelar que se requiere dedicar más recursos a esta última actividad, con la intención de frenar el curso de la epidemia, que es muy importante en el país

En la mayoría de los países, el grueso de los fondos se destina a financiar los programas y una parte mucho menor a la gestión administrativa de los mismos. Tal como ya se indicó en la parte central de este informe, en la República Dominicana estos últimos gastos son sumamente elevados, alcanzando casi una tercera parte de los recursos movilizados durante el año 2008.

Como se observa en el gráfico 19, de los nueve países objeto de este análisis, la República Dominicana es la que destina más recursos a estas tareas.



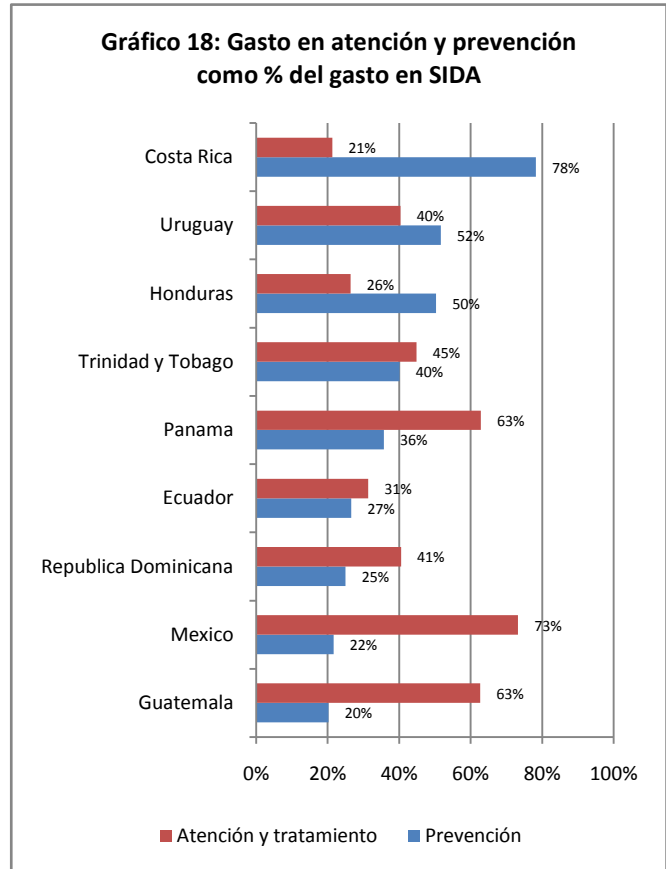
Ello normalmente sucede al inicio de la implementación de los programas, porque se requiere realizar inversiones importantes en la infraestructura de prestación de los servicios, en la instalación y modernización de laboratorios y otros equipos, en la instalación de sistemas de información, así como de monitoreo y evaluación, al igual que fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, en la capacitación del personal que se dedicará a estas tareas.

El programa de SIDA tiene ya varios años operando en el país, desde el 2004 con suficientes fondos externos, por lo que se estima que pudiera ser tiempo ya de que comience a hacer más eficiente su trabajo.

Puede notarse que los tres países que dependen más del financiamiento externo, son los que utilizan más fondos para la gestión administrativa. Probablemente porque las actividades de inversión en capital fijo, humano y sistemas de trabajo, se esté realizando con financiamiento externo en esos tres países. En la República Dominicana, ese es el caso.

Interesa destacar los datos de Guatemala y Trinidad y Tobago, países con epidemias importantes, que destinan altos porcentajes a la atención y tratamiento y que, además, poseen un componente importante de financiamiento público, es decir, poseen programas de atención que requieren de administración (lo cual no es el caso cuando el gasto principal es la compra de condones).

En base a estos datos preliminares, pareciera que estos países han logrado una cierta eficiencia en la administración de sus programas. Una vez más, reiteramos que este análisis sólo constituye una pincelada para ubicar el gasto nacional en SIDA de la República Dominicana, dentro de un contexto internacional.



VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El informe que estamos entregando constituye el producto final de la consultoría de la Fundación Plenitud, para la elaboración del estudio Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), correspondiente al año 2008. A continuación se presentan las conclusiones principales de dicha investigación.

7.1 Resultados

En lo que concierne a los resultados del estudio MEGAS, pueden resaltarse los siguientes aspectos clave:

- El gasto nacional en SIDA ascendió en el año 2008, a RD\$ 1,077 millones, equivalentes a US\$ 31.3 millones, de los cuales, el 49% fue financiado con *fondos internacionales*, el 26% con *fondos privados* y el 25%, con *fondos públicos*.
- El 95% de los fondos internacionales (y el 40% del total), fue aportado por el Fondo Mundial. El 98% de los fondos privados (y 25% del total), correspondió a los hogares. El 62% de los fondos públicos (y 16% del total), fue aportado por el gobierno central, el resto correspondió a un préstamo del Banco Mundial.
- Con relación al total de recursos asignados a la Respuesta Nacional indicados arriba, las decisiones sobre cómo invertirlos -- *agentes de financiamiento* -- correspondieron al gobierno para el 66% de los fondos, dentro del cual COPRESIDA administró la mitad de los recursos. El sector privado, esto es, los hogares dominicanos, gastaron el 53% de los fondos y los agentes del exterior administraron el 6% de los mismos. Estos últimos se refieren principalmente a las agencias de las Naciones Unidas, que ejecutan directamente sus presupuestos, así como al gobierno de los Estados Unidos, que lo hace directamente o a través de entidades contratadas para ejecutar proyectos.
- La *provisión de los servicios* relacionados con el SIDA es realizada por instituciones públicas y privadas, estas últimas con o sin fines de lucro. Las instituciones del gobierno son las principales proveedoras, con el 46% del valor de los bienes y servicios, y, dentro de éstas, COPRESIDA ejecuta directamente la entrega de los mismos, con en el 42% del total entregado por los proveedores públicos (el 20% del gasto total). Los hospitales de SESPAS, las SAIs y los laboratorios y otros medios de diagnóstico, ejecutan el 25% del gasto de los proveedores públicos (12% del total).
- El 28% del gasto en SIDA es ejecutado por proveedores privados sin fines de lucro, pero sólo el 5.5% corresponde a las SAIs que funcionan en ONG. Un 22.2% corresponde a instituciones de la sociedad civil, que reciben fondos de diferentes agentes, tanto nacionales como internacionales, pero que no administran programas de atención y tratamiento.
- En relación con los proveedores que son empresas privadas con fines de lucro, estos ejecutan el 18% del gasto en SIDA. El grueso de estos recursos, un 13%, corresponde a las farmacias, que venden condones y medicamentos a los hogares. Las partidas que corresponden a medicamentos, consultas, exámenes de laboratorios y otros, fueron

estimadas en base a consultas con expertos, por lo que es posible que se encuentren subestimadas.

- En cuanto a las principales *categorías de gasto en SIDA* (o funciones), puede observarse que la principal de ellas es (40%) es la atención y el tratamiento. Le sigue la gestión y administración de programas (29%) y, en tercer lugar, la prevención (25%).
- La terapia ARV constituye la principal partida de gasto (19.5%) seguida de la planificación, coordinación y gestión de programas, y en tercer lugar, los condones (9%). Otras partidas importantes son: la vigilancia de laboratorios (5%), la profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas (4.7%), el mejoramiento de la infraestructura (3%), la prevención de ITS (2.9%) y la prevención de la transmisión vertical (2.3%).
- Si se clasifica el gasto *por factores de producción* (u objeto del gasto), se observa que el 94% de los mismos son de tipo corriente y el resto, de capital. Dentro del gasto corriente, el 62% del total, corresponde a materiales y suministros y el 28% a la renta del trabajo, que incluye los salarios y otras remuneraciones al trabajo.
- Las principales partidas clasificadas por factores de producción son las siguientes: en primer lugar, los condones, que representan el 9% del gasto total, en segundo lugar los ARV, con el 7%, luego los viajes y servicios de transporte, con el 6.5%, siguiéndole la logística de eventos, incluido el catering, con un 3.4%, los reactivos y materiales, con un 2.2% y los alimentos y nutrientes, con un 2%.
- En lo que concierne a la clasificación del *gasto por población beneficiaria*, los resultados pueden resumirse como sigue: el 40% del gasto en SIDA se destina a las personas que viven con VIH; un 16%, a la población general. Las poblaciones más expuestas (PR, HSH, CDI, otras), reciben un 1.2% del gasto. Las otras poblaciones clave (dentro de las que se incluyen los HNV, migrantes, niños de la calle, personas privadas de libertad, transportistas, entre otras), reciben el 4.4% del gasto. Las poblaciones accesibles específicas (estudiantes, militares, policías, empleados de fábrica), reciben el 0.8% del gasto en SIDA. Una proporción importante del gasto no puede ser clasificado por población, como el gasto en gestión de programas, así como otros que no permiten identificar la población. Estas partidas se incluyen en intervenciones no dirigidas, que contiene el 38% del gasto total en SIDA durante el año 2008.

7.2 Análisis comparativo

El análisis de comparación internacional del gasto en SIDA en la República Dominicana, en el 2008, con un conjunto de ocho países de ALC que habían realizado estudios MEGAS recientemente -- Guatemala (2005), Costa Rica (2006), Honduras (2006), Panamá (2006), Trinidad y Tobago (2006), Uruguay (2007), México (2007) y Ecuador (2007), arrojó las siguientes conclusiones:

- La República Dominicana, que es el país que tiene la prevalencia más alta, después de Trinidad y Tobago, ocupa el sexto lugar en términos de Gasto Nacional en SIDA con relación al Gasto Nacional en Salud, observándose la alta prioridad que le otorgan Honduras (país de prevalencia mediana) y Costa Rica (país de prevalencia baja).

- En la República Dominicana, Ecuador y Honduras, la mitad o más del gasto en SIDA es financiado desde el exterior. En el caso dominicano, dado que el gasto de los hogares se ha estimado en un 25%, sólo un 26% corresponde al financiamiento público. Puede observarse que Costa Rica, Trinidad y Tobago, Uruguay, Panamá y México, dependen fundamentalmente de sus posibilidades internas.
- En cuanto al gasto por programas en los países analizados, se destaca el alto porcentaje que destina Costa Rica a prevención, lo cual se justifica para intentar mantener bajos sus actuales niveles de prevalencia. Algo similar puede indicarse de Uruguay y Honduras. La estrategia de México, Guatemala y Panamá pareciera ser diferente: es decir, asignar la mayor parte de los fondos disponibles al tratamiento de las personas que viven con VIH.
- En la mayoría de los países, el grueso de los fondos se destina a financiar los programas y una parte mucho menor a la gestión administrativa de los mismos. En la República Dominicana es notorio el elevado porcentaje que se destina a estos fines, alcanzando casi una tercera parte de los recursos movilizados durante el año 2008.
- Puede notarse que los tres países que dependen más del financiamiento externo, son los que utilizan más fondos para la gestión administrativa, probablemente como resultado de que los países están en proceso de instalar sus programas públicos de atención, con gastos en infraestructura, instalación de sistemas de información, vigilancia, equipos de laboratorio, etc. Esto se justifica al inicio de la implementación de los programas, pero luego, en la etapa de operación, estos recursos deben reducirse para ser más eficientes.
- Interesa destacar los casos de Guatemala y Trinidad y Tobago, países con epidemias importantes, que destinan altos porcentajes a la atención y tratamiento y que, además, poseen un componente elevado de financiamiento público, es decir, poseen programas de atención que requieren de administración (lo cual no es el caso cuando el gasto principal es la compra privada de condones, por ejemplo). En base a estos datos preliminares, pareciera que estos países han logrado una cierta eficiencia en la administración de sus programas.

7.3 Recomendaciones

El análisis del gasto en SIDA en la República Dominicana para el año 2008, pone en evidencia la alta dependencia que tiene el país del financiamiento externo. Se destaca el hecho de que el tratamiento a las personas que viven con VIH y que necesitan terapia antirretroviral, está financiado en su casi totalidad por financiamiento externo. En efecto, la mayor parte del gasto por este concepto del Programa Nacional de Atención es financiado con recursos del Fondo Mundial.

Según el análisis comparativo realizado, pareciera que los países tienden a financiar el tratamiento con recursos internos. En este sentido, se sugiere buscar vías para incrementar el financiamiento público, particularmente por esa vía. Los fondos que reciben COPRESIDA y la SESPAS para financiar la respuesta nacional son muy bajos, lo que se traduce en un reducido compromiso nacional con uno de los problemas básicos de salud de la población dominicana.

La iniciativa del gobierno de incluir a la población con SIDA dentro del seguro familiar, así como de los más pobres, dentro del programa solidaridad, es acertada. Ahora se requiere buscar el

financiamiento necesario para incluir la terapia antirretroviral dentro del presupuesto nacional, a través del SENASA.

Es menester añadir que el país presenta un importante déficit en la cobertura de tratamiento y de terapia antirretroviral, dado que ésta asciende a un 40% de la población frente a la cobertura universal que se esperaba alcanzar al 2010. Lograr dicha cobertura, aún sea en el 2015, implica un mayor compromiso financiero por parte del gobierno. En tal sentido, también se recomienda la realización de estudios para saber si el país cuenta o no con la infraestructura de salud necesaria para más que duplicar la cobertura de tratamiento.

En tal sentido, los fondos internacionales siguen siendo necesarios y lo seguirán siendo por un buen tiempo. No sólo para aumentar la cobertura de tratamiento, sino también para aumentar los programas de prevención que, en definitiva, son los que llevarán a detener la transmisión de la epidemia.

Pero además, si el país quiere continuar recibiendo apoyo de los financiadores externos y si quiere extender la cobertura de tratamiento con fondos de la seguridad social, requiere también demostrar que realiza esfuerzos para hacer más eficiente la entrega de los servicios, reduciendo los gastos actuales en la gestión y administración de los programas. Esto es válido para todas las instituciones que laboran en la respuesta nacional, pero es más específico para las entidades gubernamentales.

Según conversaciones con actores claves, se entiende que el suministro de condones es deficitario en el país. Un aumento en la oferta de éstos y una reducción en su precio, los hará más accesibles y reducirá el gasto de hogares, con lo cual mejorará la equidad financiera del gasto en SIDA. Sin embargo, no hay garantía de que estas intervenciones aumentarán necesariamente el uso de los condones, dado que esto requiere de un cambio mental de actitudes y comportamientos.

Se necesita mayor información para saber cuáles intervenciones preventivas son las más efectivas y tendrán un impacto mayor para detener la epidemia. Una vez se realicen estos estudios de impacto, se tendrá más sustento para recomendar en qué intervenciones concentrar los recursos.

La estimación del gasto de hogares realizada indica muy elevados precios de los tratamientos en el sector privado. El componente principal de este alto costo, según los informantes, son los precios de los medicamentos. Esto sugiere la necesidad de políticas públicas para racionalizar la entrega de medicamentos así como dar seguimiento a los precios de los mismos. De cualquier modo, se recomienda la realización de un estudio a profundidad sobre el tema, puesto que para estos fines se sustentó con opiniones de expertos.

Se recomienda fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación, tanto de la epidemia en sí como de la respuesta nacional. Es notoria la deficiencia de los sistemas de información existentes en las instituciones públicas y privadas, lo cual hizo difícil la tarea de recolección de datos para esta investigación.

En efecto, hay deficiencias en la información que procesan los proveedores sobre los pacientes que atienden, los esquemas de tratamiento y los costos. Muchos de estos datos se requieren para dar seguimiento a la adherencia al tratamiento, que si bien no era necesaria a nuestros fines actuales, su seguimiento es importante en términos financieros porque tiene un impacto en los costos futuros del sistema.

Hay muchas deficiencias en la contabilidad de los proveedores, que hacen difícil conocer la forma en que se ejecutan los programas de lucha contra el SIDA. Pero sobre todo, lo fundamental es la dificultad de consultar los datos, ya sea mediante el llenado de los formularios o el permiso a los consultores para obtener directamente la data. Estas dificultades, en realidad, se confrontaron en casi todas las instituciones de la respuesta nacional, con contadas excepciones.

Un mayor involucramiento en el proceso de levantamiento de datos por parte de las autoridades nacionales, aseguraría un mayor apoyo político y, por tanto, sería más expedito. Para garantizar la calidad, no obstante, se recomienda una etapa de acompañamiento en futuros ejercicios, incluyendo un proceso de capacitación en el trabajo. Asimismo, en las principales instituciones del gobierno, particularmente, en COPRESIDA, se recomienda la clasificación de las transacciones según el MEGAS, lo que facilitaría inmensamente el procesamiento de la información y, en un cierto período, permitiría la automatización de la información financiera según esta metodología.

Para concluir resta decir que, una vez aceptado el presente informe por parte de COPRESIDA y ONUSIDA, recomendamos la realización de un taller/seminario de divulgación de resultados. Asimismo, haremos entrega de los instrumentos de divulgación basados en la investigación, consistentes en un boletín informativo y un artículo periodístico. Todo este material se encuentra en formato electrónico y está disponible para ser subido a la página web de COPRESIDA y de la Fundación Plenitud, según consta en los términos de referencia del estudio. Asimismo, estamos en proceso de elaborar una lista de distribución electrónica para compartir el material y remitírselo a los actores.



REPORTES
ESTADÍSTICOS

Reporte Estadístico 1: Gasto de Fuentes de Financiamiento (FF) por Agentes de Financiamiento (AF)															
Fondos por fuentes de Financiamiento	Agentes de Financiamiento										Total RD\$	Total US\$	% del Total	% por tipo fondos	
	SESPAS	Sec. Hacienda	COPRESIDA	ONGs Nacionales	Hogares	USAID - PEPFAR	ONUSIDA	PNUD	FHI	ONG internacion. s.c.o.					
Fondos públicos	136,309,082	5,466,585	136,671,206	1,715,833	-	-	-	-	-	-	-	280,162,706	8,146,633	26.0%	100.0%
Fondos de gobiernos territoriales	136,309,082	5,466,585	136,671,206	1,715,833	-	-	-	-	-	-	-	280,162,706	8,146,633	26.0%	100.0%
Renta del gobierno central	136,309,082	5,466,585	29,683,186	1,715,833								173,174,686	5,035,612	16.1%	61.8%
Prestamos reembolsables			106,988,020									106,988,020	3,111,021	9.9%	38.2%
Fondos privados	90,180	-	-	6,012,801	266,096,587	-	-	-	-	-	-	272,199,568	7,915,079	25.3%	100.0%
Instituciones y corporaciones con fines de lucro				2,510,458								2,510,458	73,000	0.2%	0.9%
Fondos de hogares					266,096,587							266,096,587	7,737,615	24.7%	97.8%
Instituciones sin fines de lucro (distintas del seguro social)				1,496,730								1,496,730	43,522	0.1%	0.5%
Fuentes privadas de financiación s.c.o.	90,180			2,005,613								2,095,793	60,942	0.2%	0.8%
Fondos internacionales	5,415,754	-	434,046,564	25,685,458	-	34,966,672	15,513,154	751,422	2,674,535	6,057,547	525,111,106	15,269,296	48.7%		
Contribuciones bilaterales directas	-	-	-	13,756,427	-	34,966,672	-	-	2,674,535	3,499,444	54,897,078	1,596,309	5.1%	100.0%	
Gobierno de Alemania				3,787,827							3,787,827	110,143	0.4%	6.9%	
Gobierno de España										3,499,444	3,499,444	101,758	0.3%	6.4%	
Gobierno de Estados Unidos de América				9,968,600		34,966,672			2,674,535		47,609,807	1,384,408	4.4%	86.7%	
Agencias Multilaterales	5,415,754	-	434,046,564	3,488,915	-	-	15,513,154	751,422	-	-	459,215,809	13,353,179	42.6%	100.0%	
Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria			434,046,564								434,046,564	12,621,302	40.3%	94.5%	
Secretaría del ONUSIDA	754,584						15,513,154				16,267,738	473,037	1.5%	3.5%	
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	1,558,997			1,340,683							2,899,680	84,318	0.3%	0.6%	
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)								751,422			751,422	21,850	0.1%	0.2%	
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)				1,133,799							1,133,799	32,969	0.1%	0.2%	
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	1,583,646			1,014,433							2,598,079	75,548	0.2%	0.6%	
Fondos multilaterales o fondos de desarrollo s.c.o.	1,518,527										1,518,527	44,156	0.1%	0.3%	
ONGs internacionales	-	-	-	8,440,116	-	-	-	-	-	2,558,103	10,998,219	319,809	1.0%		
Organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	-	-	-	7,291,398	-	-	-	-	-	2,558,103	9,849,501	286,406	0.9%	100.0%	
PSI (Population Services International)				1,115,911							1,115,911	32,449	0.1%	11.3%	
Fundación Clinton										2,558,103	2,558,103	74,385	0.2%	26.0%	
Federación Internacional de Planificación de la Familia				745,717							745,717	21,684	0.1%	7.6%	
Otras ONGs internacionales sin fines de lucro s.c.o.				5,429,770							5,429,770	157,888	0.5%	55.1%	
Entidades internac. con fines lucro	-	-	-	1,148,718	-	-	-	-	-	-	1,148,718	33,403	0.1%	100.0%	
Otros fondos internacionales				1,148,718							1,148,718	33,403	0.1%	100.0%	
Total por agentes de financiamiento	141,815,016	5,466,585	570,717,770	33,414,092	266,096,587	34,966,672	15,513,154	751,422	2,674,535	6,057,547	1,077,473,380	31,331,008	100.0%		
Total por agentes de financiamiento US\$	4,123,728	158,959	16,595,457	971,622	7,737,615	1,016,769	451,095	21,850	77,771	176,143	31,331,008				
% gasto por agentes de financiamiento	13.16%	0.51%	52.97%	3.10%	24.70%	3.25%	1.44%	0.07%	0.25%	0.56%	100.00%				

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 2: Gasto de Fuentes de Financiamiento (FF) por Categoría Gasto en SIDA (CGS)

Fuentes de Financiamiento	Categorías de gasto en SIDA								Total por Fuentes de Financiamiento		% Gasto por fuente
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	
Fondos Públicos	50,409,873	89,604,615	818,978	115,087,271	7,131,815	13,200	5,987,986	11,108,968	280,162,706	8,146,633	26.00%
Fondos de gobiernos territoriales	50,409,873	89,604,615	818,978	115,087,271	7,131,815	13,200	5,987,986	11,108,968	280,162,706	8,146,633	26.00%
Renta del gobierno central	40,251,071	81,163,267	-	48,862,455	446,117	-	2,355,943	95,833	173,174,686	5,035,612	16.07%
Prestamos reembolsables	10,158,802	8,441,348	818,978	66,224,816	6,685,698	13,200	3,632,043	11,013,135	106,988,020	3,111,021	9.93%
Fondos privados	82,026,914	188,310,861	-	244,151	1,531,400	-	-	86,242	272,199,568	7,915,079	25.26%
Instituciones y corporaciones con fines de lucro	2,510,458	-	-	-	-	-	-	-	2,510,458	73,000	0.23%
Fondos de hogares	78,019,726	188,076,861	-	-	-	-	-	-	266,096,587	7,737,615	24.70%
Instituciones sin fines de lucro (distintas del sector privado)	1,496,730	-	-	-	-	-	-	-	1,496,730	43,522	0.14%
Fuentes privadas de financiación s.c.o.	-	234,000	-	244,151	1,531,400	-	-	86,242	2,095,793	60,942	0.19%
Fondos internacionales	136,999,371	158,704,085	12,699	195,670,204	17,412,009	105,617	12,050,702	4,156,419	525,111,106	15,269,296	48.74%
Contribuciones bilaterales directas	11,656,082	13,506,498	12,699	19,217,660	2,520,767	105,617	5,389,359	2,488,396	54,897,078	1,596,309	5.09%
Gobierno de España	171,960	-	-	1,022,098	80,100	-	50,273	2,463,396	3,787,827	110,143	0.35%
Gobierno de España	3,499,444	-	-	-	-	-	-	-	3,499,444	101,758	0.32%
Gobierno de Estados Unidos	7,984,678	13,506,498	12,699	18,195,562	2,440,667	105,617	5,339,086	25,000	47,609,807	1,384,408	4.42%
Agencias Multilaterales	119,343,252	144,224,705	-	175,782,384	14,531,242	-	3,666,203	1,668,023	459,215,809	13,353,179	42.62%
Fondo Global	114,928,614	144,224,705	-	158,613,069	13,378,931	-	2,595,170	306,075	434,046,564	12,621,302	40.28%
Secretaría del ONUSIDA	2,983,009	-	-	12,198,423	419,180	-	56,600	610,526	16,267,738	473,037	1.51%
UNICEF	665,067	-	-	1,741,189	493,424	-	-	-	2,899,680	84,318	0.27%
PNUD	-	-	-	-	-	-	-	751,422	751,422	21,850	0.07%
UNESCO	472,935	-	-	660,864	-	-	-	-	1,133,799	32,969	0.11%
UNFPA	293,627	-	-	1,050,312	239,707	-	1,014,433	-	2,598,079	75,548	0.24%
Fondos multilaterales n.c.o.	-	-	-	1,518,527	-	-	-	-	1,518,527	44,156	0.14%
ONGs internacionales	6,000,037	972,882	-	670,160	360,000	-	2,995,140	-	10,998,219	319,809	1.02%
PSI	943,111	-	-	172,800	-	-	-	-	1,115,911	32,449	0.10%
Fundación Clinton	529,858	725,877	-	238,140	360,000	-	704,228	-	2,558,103	74,385	0.24%
IPPF	66,300	-	-	-	-	-	679,417	-	745,717	21,684	0.07%
Otras ONGs internacionales s.c.o.	3,312,050	247,005	-	259,220	-	-	1,611,495	-	5,429,770	157,888	0.50%
Entidades internac. con fines lucro	1,148,718	-	-	-	-	-	-	-	1,148,718	33,403	0.11%
Total por categoría de gasto en SIDA RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008	100.00%
Total por categoría de gasto en SIDA US\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008		
% por categoría de gasto en SIDA	25.01%	40.52%	0.08%	28.86%	2.42%	0.01%	1.67%	1.42%	100.00%		

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 3: Gasto Agente de Financiamiento (AF) por Categoría Gasto en SIDA (CGS)											
Agentes de Financiamiento (AF)	Categoría del gasto en SIDA								Total gasto por AF		
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	%
Sector Público	165,632,114	233,829,320	818,978	277,681,907	21,066,087	13,200	7,542,722	11,415,043	717,999,371	20,878,144	66.6%
	23.1%	32.6%	0.1%	38.7%	2.9%	0.0%	1.1%	1.6%	100.0%		
Gobiernos territoriales	165,632,114	233,829,320	818,978	277,681,907	21,066,087	13,200	7,542,722	11,415,043	717,999,371	20,878,144	66.6%
Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector) - SESPAS	29,783,162	79,515,447	-	31,961,066	555,341	-	-	-	141,815,016	4,123,728	13.2%
Ministerio de Economía (o entidad equivalente del sector) - Hacienda	1,815,312	-	-	3,651,273	-	-	-	-	5,466,585	158,959	0.5%
Autoridad Nacional Coordinadora del Sida - COPRESIDA	134,033,640	154,313,873	818,978	242,069,568	20,510,746	13,200	7,542,722	11,415,043	570,717,770	16,595,457	53.0%
Sector Privado	88,807,055	198,526,466	-	3,442,178	1,789,290	-	4,396,052	2,549,638	299,510,679	8,709,238	27.8%
	29.7%	66.3%	0.0%	1.1%	0.6%	0.0%	1.5%	0.9%	100.0%		
Hogares	78,019,726	188,076,861	-	-	-	-	-	-	266,096,587	7,737,615	24.7%
Instituciones sin fines de lucro (distintas del seguro social) - ONGs Nacionales	10,787,329	10,449,605	-	3,442,178	1,789,290	-	4,396,052	2,549,638	33,414,092	971,622	3.1%
Organismos Internacionales	14,996,989	4,263,775	12,699	29,877,541	3,219,847	105,617	6,099,914	1,386,948	59,963,330	1,743,627	3.1%
	25.0%	7.1%	0.0%	49.8%	5.4%	0.2%	10.2%	2.3%	100.0%		
Oficinas nacionales de organismos bilaterales que administran recursos externos y cumplen funciones de agentes de financiación	7,552,631	3,003,344	-	18,195,562	2,440,667	20,000	3,729,468	25,000	34,966,672	1,016,769	3.2%
Gobierno de los Estados Unidos de América	7,552,631	3,003,344	-	18,195,562	2,440,667	20,000	3,729,468	25,000	34,966,672	1,016,769	3.2%
Organismos multilaterales que administran recursos externos	2,983,009	-	-	11,443,839	419,180	-	56,600	1,361,948	16,264,576	472,945	1.5%
Secretaría del ONUSIDA	2,983,009	-	-	11,443,839	419,180	-	56,600	610,526	15,513,154	451,095	1.4%
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	-	-	-	-	-	-	-	751,422	751,422	21,850	0.1%
Organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	4,461,349	1,260,431	12,699	238,140	360,000	85,617	2,313,846	-	8,732,082	253,913	0.8%
Family Health International (FHI)	432,047	534,554	12,699	-	-	85,617	1,609,618	-	2,674,535	77,771	0.2%
Otras ONG internacionales	4,029,302	725,877	-	238,140	360,000	-	704,228	-	6,057,547	176,143	0.6%
Total RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008	100%
Total US\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008		
Total %	25.01%	40.52%	0.08%	28.86%	2.42%	0.01%	1.67%	1.42%	100.00%		

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 4: Gasto Proveedor de Servicios (PS) por Agente de Financiamiento (AF)													
Tipos Proveedores de Servicios	Sector público			Sector privado			Organizaciones internacionales				RD\$	US\$	%
	SESPAS	Hacienda	COPRESIDA	Hogares privados	ONGs Nacionales	USAID - PEPFAR	ONUSIDA	PNUD	FHI	Otras ONGs internacionales			
Proveedores del sector público	126,257,558	5,466,585	377,314,800	-	635,721	-	75,658	-	-	-	515,811,348	515,811,348	346.0%
Organizaciones gubernamentales	93,447,524	-	131,313,952	-	-	-	-	-	-	-	435,062,644	12,650,847	346.0%
Hospitales (SESPAS)	83,595,697	-	30,170,422	-	-	-	-	-	-	-	109,017,332	3,170,030	10.1%
Atención ambulatoria (SAIs Pub.)	-	-	83,110,735	-	-	-	-	-	-	-	98,607,363	2,867,327	9.2%
Laboratorio e imágenes gubern.	9,851,827	-	18,032,795	-	-	-	-	-	-	-	98,607,363	2,867,327	314.7%
Entidades gubernamentales	32,810,034	5,466,585	246,000,848	-	635,721	-	75,658	-	-	-	128,830,586	3,746,164	12.0%
COPRESIDA (Consejo Pres. SIDA)	-	5,466,585	215,106,968	-	-	-	-	-	-	-	64,415,293	1,873,082	6.0%
DIGECITSS (Dpto. Ministerio Salud)	32,810,034	-	23,441,300	-	635,721	-	-	-	-	-	56,887,055	1,654,174	5.3%
SEESCyT (Ministerio Educación)	-	-	4,497,841	-	-	-	-	-	-	-	4,497,841	130,789	0.4%
Otras Entidades gubernamentales (SEM, DEPRIDAM, SEJ...)	-	-	2,954,739	-	-	-	75,658	-	-	-	3,030,397	88,119	0.3%
Proveedores del sector privado	15,557,458	-	193,402,970	266,096,587	32,778,371	20,694,822	2,741,258	-	2,674,535	6,057,547	540,003,548	15,702,342	50.1%
Proveedores sin fines de lucro	15,557,458	-	180,401,762	43,610,640	32,778,371	20,694,822	923,404	-	2,674,535	6,057,547	302,698,539	8,801,935	28.1%
Proveedores no basados en la fe sin fines de lucro	15,557,458	-	171,685,686	43,610,640	32,778,371	19,478,104	923,404	-	1,181,774	6,057,547	291,272,984	8,469,700	27.0%
Atención ambulatoria (SAIs ONG)	15,557,458	-	43,758,947	-	-	-	-	-	-	-	59,316,405	1,724,815	5.5%
Organizaciones de la sociedad civil	-	-	126,484,909	43,610,640	32,778,371	19,478,104	923,404	-	1,181,774	3,499,444	227,956,646	6,628,574	21.2%
Otros proveedores no basados en la fe sin fines de lucro s.c.o.	-	-	1,441,830	-	-	-	-	-	-	2,558,103	3,999,933	116,311	0.4%
Proveedores basados en la fe sin fines de lucro	-	-	8,716,076	-	-	1,216,718	-	-	1,492,761	-	11,425,555	332,235	1.1%
Hospitales	-	-	-	-	-	674,285	-	-	-	-	674,285	19,607	0.1%
Organizaciones de la sociedad civil	-	-	8,716,076	-	-	542,433	-	-	1,492,761	-	10,751,270	312,628	1.0%
Proveedores del sector privado con fines de lucro (incluidas OBF con fines de lucro)	-	-	13,001,208	188,015,728	-	-	1,792,854	-	-	-	202,809,790	5,897,348	18.8%
Hospitales	-	-	40,238	-	-	-	-	-	-	-	40,238	1,170	0.0%
Atención ambulatoria	-	-	-	6,966,286	-	-	-	-	-	-	6,966,286	202,567	0.6%
Centros de laboratorio y diagnóstico por imágenes	-	-	205,737	37,009,782	-	-	-	-	-	-	37,215,519	1,082,161	3.5%
Firmas de consultoría	-	-	11,405,356	-	-	-	1,792,854	-	-	-	13,198,210	383,780	1.2%
Lugar de Trabajo	-	-	1,349,877	-	-	-	-	-	-	-	1,349,877	39,252	0.1%
Proveedores del sector privado con fines de lucro s.c.o.	-	-	-	144,039,660	-	-	-	-	-	-	144,039,660	4,188,417	13.4%
Proveedores del sector privado s.c.o.	-	-	-	34,470,219	-	-	25,000	-	-	-	34,495,219	1,003,060	3.2%
Entidades bilaterales y multilaterales – en oficinas nacionales	-	-	-	-	-	14,271,850	12,696,238	751,422	-	-	27,719,510	806,034	2.6%
Organismos multilaterales	-	-	-	-	-	-	12,696,238	751,422	-	-	13,447,660	391,034	1.2%
Organismos bilaterales	-	-	-	-	-	14,271,850	-	-	-	-	14,271,850	415,000	1.3%
Total RD\$	141,815,016	5,466,585	570,717,770	266,096,587	33,414,092	34,966,672	15,513,154	751,422	2,674,535	6,057,547	1,077,473,380	31,331,008	100.0%
Total US\$	4,123,728	158,959	16,595,457	7,737,615	971,622	1,016,769	451,095	21,850	77,771	176,143	31,331,008		
%	13.2%	0.5%	53.0%	24.7%	3.1%	3.2%	1.4%	0.1%	0.2%	0.6%	100.0%		

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 5: Gasto Proveedor de Servicios (PS) por Categoría de Gasto en SIDA (CGS)											
Tipos Proveedores de Servicios	Categoría del gasto en SIDA								Total gasto por PS		
	Prevención	Atención y tratamiento	Huérfanos y niños vulnerables	Gestión y administración de programas	Recursos humanos	Protección social y servicios sociales	Entorno favorable	Investigación relacionada con el VIH	RD\$	US\$	%
Proveedores del sector público	108,667,813	162,228,487	218,978	214,086,907	17,186,096	13,200	6,946,933	401,908	509,750,322	14,822,632	47.3%
Organizaciones gubernamentales	61,823,078	162,228,487	-	709,911	-	-	-	-	224,761,476	6,535,664	20.9%
Hospitales (SESPAS)	34,256,906	79,509,213	-	-	-	-	-	-	113,766,119	3,308,116	50.6%
Atención ambulatoria (UAIs Pub.)	16,554,197	65,846,627	-	709,911	-	-	-	-	83,110,735	2,416,712	37.0%
Laboratorio e imágenes gubern.	11,011,975	16,872,647	-	-	-	-	-	-	27,884,622	810,835	12.4%
Entidades gubernamentales	46,844,735	-	218,978	213,376,996	17,186,096	13,200	6,946,933	401,908	284,988,846	8,286,968	26.4%
COPRESIDA (Consejo Pres. SIDA)	40,348,280	-	218,978	165,406,142	7,544,187	13,200	6,946,933	95,833	220,573,553	6,413,886	77.4%
DIGECITSS (Dpto. Ministerio Salud)	1,505,058	-	-	46,296,558	8,779,364	-	-	306,075	56,887,055	1,654,174	20.0%
SEESCyT (Ministerio Educación)	3,201,104	-	-	1,296,737	-	-	-	-	4,497,841	130,789	1.6%
Otras Entidades gubernamentales (SEM, DEPRIDAM, SEJ...)	1,790,293	-	-	377,559	862,545	-	-	-	3,030,397	88,119	1.1%
Proveedores del sector privado	158,435,190	274,391,074	612,699	72,698,966	8,469,948	105,617	11,091,755	14,198,299	540,003,548	15,702,342	50.1%
Proveedores sin fines de lucro	122,835,752	86,068,238	612,699	70,792,942	8,469,948	105,617	11,066,755	2,746,588	302,698,539	8,801,935	28.1%
Proveedores no basados en la fe sin fines de lucro	119,755,836	85,393,953	612,699	64,614,349	8,469,948	105,617	9,573,994	2,746,588	291,272,984	8,469,700	27.0%
Atención ambulatoria (UAIs ONG)	-	59,316,405	-	-	-	-	-	-	59,316,405	1,724,815	20.4%
Organizaciones de la sociedad civil	118,913,219	25,351,671	612,699	63,758,036	8,095,412	105,617	8,373,404	2,746,588	227,956,646	6,628,574	78.3%
Otros proveedores no basados en la fe sin fines de lucro s.c.o.	842,617	725,877	-	856,313	374,536	-	1,200,590	-	3,999,933	116,311	1.4%
Proveedores basados en la fe sin fines de lucro	3,079,916	674,285	-	6,178,593	-	-	1,492,761	-	11,425,555	332,235	1.1%
Hospitales	-	674,285	-	-	-	-	-	-	674,285	19,607	5.9%
Organizaciones de la sociedad civil	3,079,916	-	-	6,178,593	-	-	1,492,761	-	10,751,270	312,628	94.1%
Proveedores del sector privado con fines de lucro (incluidas OBF con fines de lucro)	1,190,352	188,261,703	-	1,906,024	-	-	-	11,451,711	202,809,790	5,897,348	18.8%
Hospitales	-	40,238	-	-	-	-	-	-	40,238	1,170	0.0%
Atención ambulatoria	-	6,966,286	-	-	-	-	-	-	6,966,286	202,567	3.4%
Centros de laboratorio y diagnóstico por	-	37,215,519	-	-	-	-	-	-	37,215,519	1,082,161	18.3%
Firmas de consultoría	-	-	-	1,746,499	-	-	-	11,451,711	13,198,210	383,780	6.5%
Lugar de Trabajo	1,190,352	-	-	159,525	-	-	-	-	1,349,877	39,252	0.7%
Proveedores del sector privado con fines de lucro s.c.o.	-	144,039,660	-	-	-	-	-	-	144,039,660	4,188,417	71.0%
Proveedores del sector privado s.c.o.	34,409,086	61,133	-	-	-	-	25,000	-	34,495,219	1,003,060	3.2%
Entidades bilaterales y multilaterales – en oficinas nacionales	2,333,155	-	-	24,215,753	419,180	-	-	751,422	27,719,510	806,034	2.6%
Organismos multilaterales	2,333,155	-	-	9,943,903	419,180	-	-	751,422	13,447,660	391,034	1.2%
Organismos bilaterales	-	-	-	14,271,850	-	-	-	-	14,271,850	415,000	1.3%
Total RD\$	269,436,158	436,619,561	831,677	311,001,626	26,075,224	118,817	18,038,688	15,351,629	1,077,473,380	31,331,008	100%
Total US\$	7,834,724	12,696,120	24,184	9,043,374	758,221	3,455	524,533	446,398	31,331,008		
%	25.0%	40.5%	0.1%	28.9%	2.4%	0.0%	1.7%	1.4%	100.0%		

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 6: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Tipo de Fondos de Financiamiento						
Categoría de Gasto en SIDA	Fondos Públicos	Fondos Privados	Fondos Internacionales	Total RD\$	Total US\$	% CGS del total gral.
Prevención						
Comunicación para el cambio social y comportamental	3,441,691		13,087,195	16,528,886	480,631	1.53%
Movilización de la comunidad	397,834		4,571,830	4,969,664	144,509	0.46%
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	3,378,800		13,704,991	17,083,791	496,766	1.59%
Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	96,582		22,791,655	22,888,237	665,549	2.12%
Prevención – jóvenes escolarizados			1,783,854	1,783,854	51,871	0.17%
Prevención – jóvenes no escolarizados			145,286	145,286	4,225	0.01%
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	2,422,336		9,510,261	11,932,597	346,979	1.11%
Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes			5,015,715	5,015,715	145,848	0.47%
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)			4,227,604	4,227,604	122,931	0.39%
Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)			472,935	472,935	13,752	0.04%
Programas de prevención en el lugar de trabajo	291,745		2,223,266	2,515,011	73,132	0.23%
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	7,365,000	78,019,726	11,929,912	97,314,638	2,829,736	9.03%
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	31,179,635			31,179,635	906,648	2.89%
Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	1,836,250		22,972,210	24,808,460	721,386	2.30%
Actividades de prevención no desglosadas por intervención		4,007,188	24,562,657	28,569,845	830,760	2.65%
Total prevención	50,409,873	82,026,914	136,999,371	269,436,158	7,834,724	25.01%
Atención y tratamiento						
Atención ambulatoria	19,900,757	188,310,861	154,112,968	362,324,586	10,535,754	33.63%
Atención hospitalaria	15,597,696	-	-	15,597,696	453,553	1.45%
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	54,106,162	-	4,591,117	58,697,279	1,706,812	5.45%
Total atención y tratamiento	89,604,615	188,310,861	158,704,085	436,619,561	12,696,120	40.52%
Huérfanos y niños vulnerables						
Educación para HNV	120,378	-	-	120,378	3,500	0.01%
Apoyo a la familia/ al hogar para HNV	-	-	1,460	1,460	42	0.00%
Apoyo comunitario para HNV	98,600	-	-	98,600	2,867	0.01%
Servicios para HNV no desglosados por intervención	600,000	-	-	600,000	17,447	0.06%
Servicios para HNV s.c.o.	-	-	11,239	11,239	327	0.00%
Total Huérfanos y niños vulnerables	818,978	-	12,699	831,677	3,543	0.08%
Gestión y administración de programas						
Planificación, coordinación y gestión de programas	29,747,180	36,700	130,161,109	159,944,989	4,650,916	14.84%
Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	3,046,321	7,200	4,639,900	7,693,421	223,711	0.71%
Vigilancia y evaluación	4,181,648	-	7,129,381	11,311,029	328,905	1.05%
Investigación de operaciones	692,754	-	-	692,754	20,144	0.06%
Vigilancia serológica (serovigilancia)	503,101	-	51,585	554,686	16,129	0.05%
Sistemas de suministros de fármacos	13,262,868	-	13,604,811	26,867,679	781,264	2.49%

Reporte Estadístico 6: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Tipo de Fondos de Financiamiento						
Categoría de Gasto en SIDA	Fondos Públicos	Fondos Privados	Fondos Internacionales	Total RD\$	Total US\$	% CGS del total gral.
Gestión y administración de programas						
Tecnología de la información	2,840,667	-	766,432	3,607,099	104,888	0.33%
Seguimiento de pacientes	-	-	709,911	709,911	20,643	0.07%
Mejora y construcción de infraestructura	17,961,225	-	14,731,664	32,692,889	950,651	3.03%
Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	15,841,058	200,251	17,491,310	33,532,619	975,069	3.11%
Gestión y administración de los programas s.c.o.	27,010,449	-	6,384,101	33,394,550	971,054	3.10%
Total Gestión y administración de programas	115,087,271	244,151	195,670,204	311,001,626	9,043,374	28.86%
Recursos humanos						
Incentivos monetarios para recursos humanos	-	-	1,454,122	1,454,122	42,283	0.13%
Capacitación	7,131,815	1,531,400	13,673,217	22,336,432	649,504	2.07%
Recursos humanos no desglosados por tipo	-	-	2,284,670	2,284,670	66,434	0.21%
Total Recursos humanos	7,131,815	1,531,400	17,412,009	26,075,224	758,221	2.42%
Protección social y servicios sociales						
Protección social a través de beneficios monetarios	-	-	32,045	32,045	932	0.00%
Protección social a través de beneficios en especie	13,200	-	44,854	58,054	1,688	0.01%
Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo	-	-	28,718	28,718	835	0.00%
Total Protección social y servicios sociales	13,200	-	105,617	118,817	3,455	0.01%
Entorno favorable						
Sensibilización	3,707,590	-	4,825,404	8,532,994	248,124	0.79%
Programas de derechos humanos	45,000	-	1,037,640	1,082,640	31,481	0.10%
Desarrollo institucional específico del sida	2,191,316	-	6,024,391	8,215,707	238,898	0.76%
Programas específicos del sida orientados a las mujeres	-	-	35,300	35,300	1,026	0.00%
Entorno favorable no desglosado por tipo	44,080	-	77,694	121,774	3,541	0.01%
Entorno favorable s.c.o.	-	-	50,273	50,273	1,462	0.00%
Total Entorno favorable	5,987,986	-	12,050,702	18,038,688	524,533	1.67%
Investigación relacionada con el VIH						
Investigación en ciencias sociales	11,013,135	86,242	3,850,344	14,949,721	434,711	1.39%
Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	95,833	-	306,075	401,908	11,687	0.04%
Total Investigación relacionada con el VIH	11,108,968	86,242	4,156,419	15,351,629	446,398	1.42%
Total General RD\$	280,162,706	272,199,568	525,111,106	1,077,473,380	31,331,008	100.00%
Total General US\$	8,146,633	7,915,079	15,269,296	31,331,008		
% de gasto por tipo de fuentes de financiamiento	26.00%	25.26%	48.74%	100.00%		

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 7: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Población Beneficiaria (PB)									
Categoría Gasto en SIDA	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	Total RD\$	Total US\$	%
Prevención	11,932,597	10,322,450	42,745,768	8,788,884	142,812,652	52,833,807	269,436,158	7,834,724	25.01%
Comunicación para el cambio social y comportamental	-	-	-	-	14,713,574	1,815,312	16,528,886	480,631	1.53%
Comunicación relacionada con la salud para cambio social y comportamental	-	-	-	-	2,563,333	-	2,563,333	74,537	0.24%
Comunicación no relacionada con la salud para el cambio social y comportamental	-	-	-	-	2,916,908	-	2,916,908	84,818	0.27%
Comunicación para el cambio social y comportamental no desglosada por tipo	-	-	-	-	9,233,333	1,815,312	11,048,645	321,275	1.03%
Movilización de la comunidad	-	-	-	-	4,969,664	-	4,969,664	144,509	0.46%
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	-	-	-	-	17,083,791	-	17,083,791	496,766	1.59%
Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	-	606,196	17,792,022	4,490,019	-	-	22,888,237	665,549	2.12%
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	-	571,196	325,150	2,105,878	-	-	3,002,224	87,299	0.28%
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	-	-	1,586,875	981,726	-	-	2,568,601	74,690	0.24%
Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	-	-	6,683,936	-	-	-	6,683,936	194,357	0.62%
Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	-	35,000	8,975,562	1,402,415	-	-	10,412,977	302,791	0.97%
Intervenciones programáticas para poblaciones vulnerables y accesibles no desglosadas por tipo	-	-	198,529	-	-	-	198,529	5,773	0.02%
Otras intervenciones programáticas para poblaciones vulnerables y accesibles sin clasificar en otra categoría (s.c.o.)	-	-	21,970	-	-	-	21,970	639	0.00%
Prevención – jóvenes escolarizados	-	-	-	1,783,854	-	-	1,783,854	51,871	0.17%
Prevención – jóvenes no escolarizados	-	-	145,286	-	-	-	145,286	4,225	0.01%
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	11,932,597	-	-	-	-	-	11,932,597	346,979	1.11%
Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV	4,279,641	-	-	-	-	-	4,279,641	124,444	0.40%
Prevención y tratamiento de ITS como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV	80,514	-	-	-	-	-	80,514	2,341	0.01%
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV no desglosada por tipo	4,982,739	-	-	-	-	-	4,982,739	144,889	0.46%
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV sin clasificar en otras categorías	2,589,703	-	-	-	-	-	2,589,703	75,304	0.24%

Reporte Estadístico 7: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Población Beneficiaria (PB)									
Categoría Gasto en SIDA	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	Total RD\$	Total US\$	%
Prevención	11,932,597	10,322,450	42,745,768	8,788,884	142,812,652	52,833,807	269,436,158	7,834,724	25.01%
Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	-	5,015,715	-	-	-	-	5,015,715	145,848	0.47%
Prevenición y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	-	264,929	-	-	-	-	264,929	7,704	0.02%
Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	-	3,303,237	-	-	-	-	3,303,237	96,052	0.31%
Intervenciones programáticas para profesionales del sexo y sus clientes no desglosadas por tipo	-	1,447,549	-	-	-	-	1,447,549	42,092	0.13%
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	-	4,227,604	-	-	-	-	4,227,604	122,931	0.39%
Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para HSH	-	3,683,764	-	-	-	-	3,683,764	107,117	0.34%
Intervenciones programáticas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) no desglosadas por tipo	-	543,840	-	-	-	-	543,840	15,814	0.05%
Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)	-	472,935	-	-	-	-	472,935	13,752	0.04%
Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para CDI	-	472,935	-	-	-	-	472,935	13,752	0.04%
Programas de prevención en el lugar de trabajo	-	-	-	2,515,011	-	-	2,515,011	73,132	0.23%
Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas en el lugar de trabajo	-	-	-	898,935	-	-	898,935	26,139	0.08%
Intervenciones programáticas en el lugar de trabajo no desglosadas por tipo	-	-	-	1,616,076	-	-	1,616,076	46,993	0.15%
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	-	-	-	-	80,783,443	16,531,195	97,314,638	2,829,736	9.03%
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	-	-	-	-	-	31,179,635	31,179,635	906,648	2.89%
Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI)	-	-	24,808,460	-	-	-	24,808,460	721,386	2.30%
Asesoramiento y pruebas para mujeres embarazadas en programas de PTMI	-	-	11,529,239	-	-	-	11,529,239	335,250	1.07%
Profilaxis antirretrovírica para embarazadas VIH+ y recién nacidos	-	-	4,482,670	-	-	-	4,482,670	130,348	0.42%
Prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna)	-	-	8,128,739	-	-	-	8,128,739	236,369	0.75%
Actividades de PTMI s.c.o.	-	-	667,812	-	-	-	667,812	19,419	0.06%
Actividades de prevención no desglosadas por intervención	-	-	-	-	25,262,180	3,307,665	28,569,845	830,760	2.65%

Reporte Estadístico 7: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Población Beneficiaria (PB)									
Categoría Gasto en SIDA	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	Total RD\$	Total US\$	%
Atención y tratamiento	409,863,904	3,089,487	1,673,221	-	21,992,949	-	436,619,561	12,696,120	40.52%
Atención ambulatoria	335,672,191	3,089,487	1,569,959	-	21,992,949	-	362,324,586	10,535,754	33.63%
Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	-	-	-	-	21,892,949	-	21,892,949	636,608	2.03%
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	50,902,917	-	-	-	-	-	50,902,917	1,480,166	4.72%
Profilaxis ambulatoria de IO	38,144,569	-	-	-	-	-	38,144,569	1,109,176	3.54%
Tratamiento ambulatorio de IO	6,759,040	-	-	-	-	-	6,759,040	196,541	0.63%
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de IO no desglosados por tipo	5,999,308	-	-	-	-	-	5,999,308	174,449	0.56%
Terapia antirretrovírica	210,475,941	-	-	-	-	-	210,475,941	6,120,266	19.53%
Terapia antirretrovírica para adultos	84,900,081	-	-	-	-	-	84,900,081	2,468,743	7.88%
Terapia antirretrovírica de primera línea – adultos	63,576,933	-	-	-	-	-	63,576,933	1,848,704	5.90%
Terapia antirretrovírica de segunda línea – adultos	21,323,148	-	-	-	-	-	21,323,148	620,039	1.98%
Terapia antirretrovírica pediátrica	6,487,601	-	-	-	-	-	6,487,601	188,648	0.60%
Terapia antirretrovírica de primera línea – pediátrica	4,858,203	-	-	-	-	-	4,858,203	141,268	0.45%
Terapia antirretrovírica de segunda línea – pediátrica	1,629,398	-	-	-	-	-	1,629,398	47,380	0.15%
Terapia antirretrovírica no desglosada por edad ni por línea de tratamiento	119,088,259	-	-	-	-	-	119,088,259	3,462,875	11.05%
Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	10,356,286	-	1,462,854	-	-	-	11,819,140	343,680	1.10%
Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	50,497,641	3,089,487	-	-	-	-	53,587,128	1,558,218	4.97%
Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	70,180	-	-	-	-	-	70,180	2,041	0.01%
Atención domiciliaria	12,371,271	-	107,105	-	100,000	-	12,578,376	365,757	1.17%
Atención médica domiciliaria	644,254	-	107,105	-	-	-	751,359	21,848	0.07%
Atención domiciliaria no médica/no sanitaria	7,833,178	-	-	-	-	-	7,833,178	227,775	0.73%
Atención domiciliaria no desglosada por tipo	3,893,839	-	-	-	100,000	-	3,993,839	116,134	0.37%
Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	997,955	-	-	-	-	-	997,955	29,019	0.09%
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	74,191,713	-	103,262	-	-	-	74,294,975	2,160,366	6.90%
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	-	-	831,677	-	-	-	831,677	24,184	0.08%
Educación para HNV	-	-	120,378	-	-	-	120,378	3,500	0.01%
Apoyo a la familia/ al hogar para HNV	-	-	1,460	-	-	-	1,460	42	0.00%
Apoyo comunitario para HNV	-	-	98,600	-	-	-	98,600	2,867	0.01%
Atención institucional para HNV	-	-	600,000	-	-	-	600,000	17,447	0.06%
Servicios para HNV no desglosados por intervención	-	-	11,239	-	-	-	11,239	327	0.00%

Reporte Estadístico 7: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Población Beneficiaria (PB)									
Categoría Gasto en SIDA	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	Total RD\$	Total US\$	%
Gestión y administración de programas	-	-	-	-	-	311,001,626	311,001,626	9,043,374	28.86%
Planificación, coordinación y gestión de programas	-	-	-	-	-	159,944,989	159,944,989	4,650,916	14.84%
Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	-	-	-	-	-	7,693,421	7,693,421	223,711	0.71%
Vigilancia y evaluación	-	-	-	-	-	11,311,029	11,311,029	328,905	1.05%
Investigación de operaciones	-	-	-	-	-	692,754	692,754	20,144	0.06%
Vigilancia serológica (serovigilancia)	-	-	-	-	-	554,686	554,686	16,129	0.05%
Sistemas de suministros de fármacos	-	-	-	-	-	26,867,679	26,867,679	781,264	2.49%
Tecnología de la información	-	-	-	-	-	3,607,099	3,607,099	104,888	0.33%
Seguimiento de pacientes	-	-	-	-	-	709,911	709,911	20,643	0.07%
Mejora y construcción de infraestructura	-	-	-	-	-	32,692,889	32,692,889	950,651	3.03%
Mejora de infraestructura de laboratorio y equipos nuevos	-	-	-	-	-	14,694,076	14,694,076	427,278	1.36%
Construcción de nuevos centros de salud	-	-	-	-	-	2,929,924	2,929,924	85,197	0.27%
Mejora y construcción de infraestructura no desglosadas por intervención	-	-	-	-	-	14,042,013	14,042,013	408,317	1.30%
Mejora y construcción de infraestructura s.c.o.	-	-	-	-	-	1,026,876	1,026,876	29,860	0.10%
Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	-	-	-	-	-	33,532,619	33,532,619	975,069	3.11%
Gestión y administración de los programas s.c.o.	-	-	-	-	-	33,394,550	33,394,550	971,054	3.10%
Recursos humanos	-	-	-	-	-	26,075,224	26,075,224	758,221	2.42%
Incentivos monetarios para recursos humanos	-	-	-	-	-	1,454,122	1,454,122	42,283	0.13%
Incentivos monetarios para médicos	-	-	-	-	-	1,075,942	1,075,942	31,286	0.10%
Incentivos monetarios para médicos, para atención y tratamiento	-	-	-	-	-	2,000	2,000	58	0.00%
Incentivos monetarios para médicos, para gestión y administración de programas	-	-	-	-	-	659,870	659,870	19,188	0.06%
Incentivos monetarios para médicos no desglosados por tipo	-	-	-	-	-	414,072	414,072	12,040	0.04%
Incentivos monetarios para personal de enfermería	-	-	-	-	-	6,000	6,000	174	0.00%
Incentivos monetarios para personal de enfermería, para gestión y administración de programas	-	-	-	-	-	6,000	6,000	174	0.00%
Incentivos monetarios para otro personal	-	-	-	-	-	372,180	372,180	10,822	0.03%
Incentivos monetarios para otro personal, para gestión y administración de programas	-	-	-	-	-	6,667	6,667	194	0.00%
Incentivos monetarios para otro personal no desglosados por tipo	-	-	-	-	-	353,013	353,013	10,265	0.03%
Incentivos monetarios para otro personal s.c.o.	-	-	-	-	-	12,500	12,500	363	0.00%

Reporte Estadístico 7: Gasto Categoría de Gasto en SIDA (CGS) por Población Beneficiaria (PB)									
Categoría Gasto en SIDA	Personas que viven con el VIH	Poblaciones más expuestas	Otras poblaciones clave	Poblaciones "accesibles" específicas	Población general	Intervenciones no dirigidas	Total RD\$	Total US\$	%
Capacitación	-	-	-	-	-	22,336,432	22,336,432	649,504	2.07%
Recursos humanos no desglosados por tipo	-	-	-	-	-	2,284,670	2,284,670	66,434	0.21%
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	70,099	-	48,718	-	-	-	118,817	3,455	0.01%
Protección social a través de beneficios monetarios	12,045	-	20,000	-	-	-	32,045	932	0.00%
Protección social a través de beneficios en especie	58,054	-	-	-	-	-	58,054	1,688	0.01%
Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo	-	-	28,718	-	-	-	28,718	835	0.00%
Entorno favorable	6,003,538	-	1,675,961	59,800	8,619,445	1,679,944	18,038,688	524,533	1.67%
Sensibilización	708,483	-	183,200	59,800	6,023,341	1,558,170	8,532,994	248,124	0.79%
Programas de derechos humanos	1,082,640	-	-	-	-	-	1,082,640	31,481	0.10%
Programas de derechos humanos que facultan a las personas a reivindicar sus derechos	1,014,433	-	-	-	-	-	1,014,433	29,498	0.09%
Programas de derechos humanos no desglosados por tipo	23,207	-	-	-	-	-	23,207	675	0.00%
Programas de derechos humanos sin clasificar en otras categorías	45,000	-	-	-	-	-	45,000	1,309	0.00%
Desarrollo institucional específico del sida	4,212,415	-	1,492,761	-	2,510,531	-	8,215,707	238,898	0.76%
Programas específicos del sida orientados a las mujeres	-	-	-	-	35,300	-	35,300	1,026	0.00%
Entorno favorable no desglosado por tipo	-	-	-	-	-	121,774	121,774	3,541	0.01%
Entorno favorable s.c.o.	-	-	-	-	50,273	-	50,273	1,462	0.00%
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	-	-	-	-	-	15,351,629	15,351,629	446,398	1.42%
Investigación en ciencias sociales	-	-	-	-	-	14,949,721	14,949,721	434,711	1.39%
Investigación comportamental	-	-	-	-	-	11,296,327	11,296,327	328,477	1.05%
Investigación en economía	-	-	-	-	-	1,189,998	1,189,998	34,603	0.11%
Investigación en ciencias sociales no desglosada por tipo	-	-	-	-	-	2,372,926	2,372,926	69,000	0.22%
Investigación en ciencias sociales s.c.o.	-	-	-	-	-	90,470	90,470	2,631	0.01%
Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	-	-	-	-	-	401,908	401,908	11,687	0.04%
Total en RD\$	427,870,138	13,411,937	46,975,345	8,848,684	173,425,046	406,942,230	1,077,473,380	31,331,008	100.00%
Total en US\$	12,441,702	389,995	1,365,959	257,304	5,042,892	11,833,156	31,331,008		
Porcentaje (%)	39.71%	1.24%	4.36%	0.82%	16.10%	37.77%	100.00%		

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

Reporte Estadístico 8: Gasto por Población Beneficiaria (PB)				
Categoría de población	RD\$	US\$	% del total general	% del total por PB
Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	427,870,138	12,441,702	39.71%	100.00%
Hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	4,000	116	0.00%	0.00%
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	651,967	18,958	0.06%	0.15%
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	121,634,583	3,536,917	11.29%	28.43%
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	8,996,137	261,592	0.83%	2.10%
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni sexo	296,583,451	8,624,119	27.53%	69.32%
Poblaciones más expuestas	13,411,937	389,995	1.24%	100.00%
Consumidores de drogas inyectables (CDI) y sus parejas sexuales	472,935	13,752	0.04%	3.53%
Profesionales femeninas del sexo y sus clientes	1,808,202	52,579	0.17%	13.48%
Profesionales del sexo no desglosados por sexo y sus clientes	3,207,513	93,269	0.30%	23.92%
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	4,227,604	122,931	0.39%	31.52%
“Poblaciones más expuestas” no desglosadas por tipo	3,695,683	107,464	0.34%	27.56%
Otras poblaciones clave	46,975,345	1,365,959	4.36%	100.00%
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	2,394,277	69,621	0.22%	5.10%
Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH	26,271,314	763,923	2.44%	55.93%
Migrantes/poblaciones móviles	6,882,011	200,117	0.64%	14.65%
Prisioneros y otras personas institucionalizadas	3,492,403	101,553	0.32%	7.43%
Niños y jóvenes no escolarizados	430,568	12,520	0.04%	0.92%
Otras poblaciones clave no desglosadas por tipo	7,504,772	218,225	0.70%	15.98%
Poblaciones “accesibles” específicas	8,848,684	257,304	0.82%	100.00%
Estudiantes de escuela primaria	407,640	11,853	0.04%	4.61%
Estudiantes de escuela secundaria	1,376,214	40,018	0.13%	15.55%
Estudiantes universitarios	3,201,104	93,082	0.30%	36.18%
Agentes sanitarios	59,800	1,739	0.01%	0.68%
Empleados de fábricas (esto es, para intervenciones en el lugar de trabajo)	2,515,011	73,132	0.23%	28.42%
Poblaciones “accesibles” específicas s.c.o.	1,288,915	37,479	0.12%	14.57%
Población general	173,425,046	5,042,892	16.10%	100.00%
Población de adultos varones	29,185	849	0.00%	0.02%
Población de mujeres adultas	17,923,293	521,177	1.66%	10.33%
Población adulta general (mayores de 24 años) no desglosada por sexo	984,964	28,641	0.09%	0.57%
Niños (menores de 15 años) no desglosados por sexo	1,881	55	0.00%	0.00%
Jóvenes (entre 15 y 24 años) no desglosados por sexo	3,958,067	115,094	0.37%	2.28%
Población general no desglosada por edad ni por sexo	150,527,656	4,377,076	13.97%	86.80%
Intervenciones no dirigidas	406,942,230	11,833,156	37.77%	100.00%
Total general	1,077,473,380	31,331,008	100.00%	100.00%

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud en base a resultados MEGAS

BIBLIOGRAFIA

CESDEM, Macro International (2007). "Encuesta Demográfica y de Salud 2007"

COPRESIDA, (2007). "Análisis de Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA, Rep. Dominicana".

COPRESIDA, (2009). "Memorial anual".

DIGECITSS, (2008). Descripción Kits entregado a usuarios. Datos de cantidad y costos. Diciembre 2007- Diciembre 2008.

López, Alvaro y Rathe, Magdalena (2007), Informe de consultoría para el costeo del Plan Estratégico Nacional, Fondo Global/COPRESIDA.

ONE, (2007). "República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050". Tomo IV.

ONE, (2007). "República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Tomo IV. Población por edades simples y año calendario. Proyecciones derivadas. 1990-2015". Revisión 2007

ONUSIDA, (2007). "Guía Metodología Medición del Gasto en SIDA (MEGAS)".

ONUSIDA, (2008). "Mecanismo Nacional de Armonización y Concordancia (CHAT)".

ONUSIDA, (2008). "Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA".

ONUSIDA (2009). "Valoración del Gasto Nacional relativo al Sida (NASA): Taxonomía de la clasificación y definiciones". UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS, Banco Mundial.

OPS, (2007). "Salud en las Américas". Volumen II - Países

OPS, (2008). "Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana: Una herramienta política, general y técnica para avanzar hacia el acceso universal". Washington, D.C.

SESPAS (2008). Informe de Banco de Sangre de la Rep. Dominicana para OPS/OMS.

Rathe, Magdalena y Soraya González (2008), Informe de consultoría para la preparación del informe UNGASS 2008, Fundación Plenitud / ONUSIDA, Santo Domingo.

SESPAS, (2008). "Indicadores básicos de salud 2008 de República Dominicana". DIGEPI / OPS

SESPAS (2008). – Dirección de Información y Estadísticas de Salud (DIES): "Anuario Estadístico 2008".

SESPAS (2008). Dirección Gral. De Atención Especializada de la SESPAS, informe a agosto 2008

UNAIDS, (2006). "Epidemia update: December 2006- Unaid-Geneva

UNAIDS, (2008). Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, 2008 update, December 2008.

UNAIDS / WHO, (2009). AIDS epidemic update: November 2009.

Valdez, Claudia y Edgar Barillas, (2008). "Estimación de los costos de atención de pacientes con VIH/SIDA en República Dominicana". COPRESIDA, USAID.

XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA (2008). "Informe de Impacto de del SIDA", Agosto 2008, México.



ANEXOS

Anexo 1: Listado de instituciones y contactos para el llenado de los formularios

Institución	Contacto	Cargo	E-mail / Teléfono	Observaciones
ACCION CALLEJERA	Bentodina Jiménez	Coordinadora Educativa	accioncallejera@yahoo.com bentojota@yahoo.com	No ejecutaron en VIH/SIDA en 2008
ADOPLAFAM	Martha Salas	Gerente Financiero	adoplafam@codetel.net.do (809) 238-5604	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente.
AECID	Ignacio Cabria	Coord. OTC	otc@aecid.org.do (809) 689-5877	Formulario llenado directamente, mediante entrevista.
ASA	Leonardo Sánchez	Director Ejecutivo	sanchezleonardo@hotmail.com (809) 689-8695	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
ASODEMUSA	Maryneli Reyes	Encargada Administrativa	asodemusa_sj@yahoo.com (809) 557-3254	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
ASOLSIDA	Martha Cecilia García	Encargada Contabilidad	asolsida2003@yahoo.es (809) 533-8302	Información procesada de datos provistos directamente.
BRA DOMINICANA	Vitruces Berroa	Directora	bradominicana@gmail.com (809) 540-4947	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente.
CAMUVA	Alexandra Ferreiras	Directora Ejecutiva	alexandrafg2@hotmail.com (809) 924-8818	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
CASC	Dani Mateo Violeta Luna	Coordinadora Administradora	cascnacional@codetel.net.do (809) 887-8533	Formulario llenado directamente.
CASCO	Wellington Martínez	Director	wellingtonmartinez@hotmail.com (809) 809-534-9514	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
CEPROSH	Sheila Calderón	Asistente	sheil1@hotmail.com (809) 809-586-8997	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
CHRISTIAN AID	Sophie Richmond	Country Manager	srichmond@christian-aid.org (809) 809-381-1276	Formulario llenado directamente, mediante entrevista.
CIAC	Carlos Ureña Nicomedes Castro	Director	carlosurenabravo@gmail.com (809) 809-926-7391	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
CIMUDIS	Cristina Francisco	Coordinadora Técn. Proyecto	cristinascor@yahoo.com (809) 809-707-1616	Formulario llenado directamente.
CISADE	Daniela De los Santos	Secretaria	cisade01@gmail.com (809) 450-0333	Información no provista.
CLINICA ESPERANZA Y CARIDAD	Mirna Guillén	Directora Ejecutiva	mirnaguillen@esperanza.org (809) 450-0333	Información de USAID procesada de informes de proyecto.
COALICION ONG SIDA	Mayra Pichardo	Directora Ejecutiva	(809) 566-6151	Información de USAID procesada de informes de proyecto.
COIN	Santo Rosario José Robinson	Director Administrador	santorosario8888@hotmail.com jrholinson@hotmail.com	Información procesada de datos provistos directamente para cada FF.
COLECTIVA MUJER Y SALUD COPRESIDA	Johanna Cordero Sergia Galván Josefa Wellington Mora Henry Mercedes	Directora Ejecutiva Sub-contador Auditor Prog.	colectiva.mujer@codetel.net.do (809) 682-3128 (809) 732-7272	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA. Información procesada de datos provistos directamente.
CRS	Cándida Gil	Gerente Programas Área Salud	crs@crs.org.do (809) 567-1271	Información procesada de datos provistos directamente y de informes USAID.
DEPRIDAM	Claudina Valdez	Encargada de Proyectos	c.valdez@primeradama.gob.do (809) 333-3262 ext. 3232	Formulario llenado directamente.
DIGECITSS	Martha Rodríguez	Técnico M&E	dra.martharodriguez@gmail.com (809) 472-7580	Formularios llenados directamente para cada FF.
FUDECO	Merlyn de los Santos	Coordinadora Proyectos	m.delossantos@savethechildren dominicana.org (809) 567-3354	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente e informe USAID.
FUNDACION MIR	Dr. Juan Carazas	Director Clínica	jckaraza@yahoo.com (809) 813-2934	Información procesada de informes USAID
FUNDACION SUR FUTURO	Alberto Roa Nadia Cordero	Gte. Planific.	aroa@surfuturo.org ncordero@surfuturo.org (809) 472-0611	Información procesada de datos provistos directamente.
FUNDASUR			(809)	Información procesada de informes USAID
FUNDEBMUNI	Heidi Carrión	Asistente Administrativa	diihe@hotmail.com (809) 288-1075	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.

Medición del Gasto en SIDA, República Dominicana, 2008

GRUPO APOYO AMOR	José M. Eró Estrella	Director Ejecutivo	grupesteamor@yahoo.com (809) 550-1162	Información procesada de datos provistos directamente para cada FF.
GRUPO CLARA			pgrupoclara@yahoo.com	Información procesada de informes USAID
GRUPO PALOMA			grupopaloma@hotmail.com	Información procesada de informes USAID
GTZ	Yolanda Fraga	Directora Administrativa	yolanda.fraga@gtz.de (809) 541-1430	Formulario llenado directamente, mediante entrevista.
HOGAR CREA	Armando Espinal	Director	raer18@hotmail.com	No ejecutaron en VIH/SIDA en 2008
IDDI	Arelis Fermín Rafael Mora Michel Rosario	Contadora Encdo. Proy. Monitor Prog.	arelis.fermin@iddi.org rmora28@gmail.com (809) 534-1077 ext. 233	Formularios llenados directamente para cada FF.
IDEF	Ellen Koenig Nelly Núñez	Investigadora Contadora	ellen.koenig@gmail.com nellynunez_3@hotmail.com (809) 535-0333	Sólo se obtuvo datos presupuestarios que no fue posible procesar por no contar con datos sobre FF.
INDAJOVEN	Rafael Félix Epifania Santos	Encdo. Proy. Administradora	indajoven@yahoo.com (809) 788-3191	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
INSALUD	César Castellanos	Encdo. Prog. SIDA	(809) 472-3613	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente.
MOSCTHA	Tony Contrera	Enc. Programa de Salud	mosctha@codetel.net.do (809) 741-1990	Formularios llenados directamente para cada FF.
MUDE	Gina Veras	Dir. Planeac. y Evaluación	mudedom@codetel.net.do (809) 563-8111	Formularios llenados directamente para cada FF.
ONERESPE			(809)	Información de USAID procesada de informes de proyecto.
ONUSIDA	Joselina Reyna	Asistente	reynaj@unaids.org (809) 565-1155	Formulario llenado directamente, mediante entrevista.
PASTORAL JUVENIL	Gustavo Fernández	Programa Prevención VIH/SIDA	gustariesfernan@hotmail.com padreluisrosario@hotmail.com (809) 689-8019	Formulario llenado directamente.
PROFAMILIA	Diznarda Almonte	Gerente Presup.	dalmonte@profamilia.org.do (809) 687-8533	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente.
PROINFANCIA	Andrea Josefina Chávez	Directora Ejecutiva	proinfanciard@yahoo.com (809) 563-7980	Formularios llenados directamente para cada FF.
PROMADRE	Victoria Naranjo	A. Coordinadora	promadre@promadre.org (809) 563-6407	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
PROSOLIDARIDAD	Joel Portorreal	Asistente Administrativo	mudedom@codetel.net.do (809) 333-7163	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
REDOVIH	Dulce Almonte Rafael Pérez	Directora Contador	redovih@codetel.net.do (809) 221-4815	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente.
SEESCyT			(809) 732-7227	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
SEJ	Rosanna Roa	Encda. Proy.	rosanna_roa@hotmail.com (809) 221-4815	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
SEM	Tati Maldonado Indiana Barinas	Asistente Enda. Depto. Salud y DSx	maidoluc008@hotmail.com dptosaludsem@hotmail.com (809) 682-2142	Formularios llenados directamente para cada FF.
SESPAS			(809) 541-3121	Información procesada partiendo de datos COPRESIDA.
Teatro Guloya	Viena González	Directora	guloya@teatro guloya.org (809) 685-4856	Información procesada por cada FF, de datos provistos directamente.
TU MUJER	Carmen García	Asistente	carmengarcia@tumujer.org (809) 685-4856	Información procesada de informes USAID.
VISION MUNDIAL	José Guigni	Dir. Proy.	jose_guigni@wvi.org (809) 685-4856	Información procesada de informes USAID.

Anexo 2: Lista de instituciones incluidas en el software

	Instituciones y Entidades	Fuente	Agente	Proveedor
1	Academy for Educational Development (AED)		x	
2	Agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional (USAID)	x	x	
3	Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID)	x		
4	Amigos Siempre Amigos (ASA)		x	x
5	Asoc. Prog. Solidaridad Evangelio Prevención SIDA (PROSOLARIDAD)			x
6	Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM)		x	x
7	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)		x	x
8	Asociación Mujeres Desarrollo de San Juan de la Maguana (ASODEMUSA)			x
9	Asociación Solidaria de Lucha Contra el SIDA (ASOLSIDA)		x	x
10	Batey Relief Alliance Dominicana (BRA-Dominicana)		x	x
11	Casa de la Juventud – Pastoral Juvenil			x
12	Casa de la Mujer Villaltagraciana (CAMUVA)			x
13	Catholic Relief Services (CRS)		x	x
14	Casa Rosada			x
15	Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)			x
17	Centro de Investigación y Apoyo Cultural (CIAC)			x
18	Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN)		x	x
19	Centro de Promoción y Solidaridad Humana (CEPROSH)			x
20	Centro Promoción Atención Integral a la Infancia (PROINFANCIA)			x
21	Christian AIDS	x		
22	Circulo con Mujeres con Discapacidad (CIMUDIS)			x
23	CIVES MUNDI		x	x
24	Clínica Esperanza y Caridad			x
25	Coalición ONGSIDA			x
26	Colectiva Mujer y Salud			x
27	Columbia University	x		
28	Confederación Autónoma Sindical Clasista (CASC)			x
29	Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)		x	x
30	Cooperación Técnica Alemana – Gobierno Alemán	x		
31	Coordinación de Animación Sociocultural (CASCO)			x
32	Despacho de la Primera Dama (DEPRIDEM)			x
33	Dirección General de Control de ITS (DIGECITSS)		x	x
34	Donantes Privados no Identificados	x		
35	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)	x		
36	Family Health International (FHI)		x	
37	Federación Internacional Planificación Familiar (IPPF)	x		
38	Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)	x		
39	Fondo Mundial de la Lucha Contra el SIDA (FM)	x		

Medición del Gasto en SIDA, República Dominicana, 2008

40	Fondo Patrimonial de las Empresas Reformadas (FOMPER)	x		
41	Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	x		
42	Fundación ANESVAD		x	x
43	Fundación Clinton	x		
44	Fundación del Sur (FUNDASUR)			x
45	Fundación Salud y Bienestar (FUSABI)			x
46	Fundación MIR			x
47	Fundación Pro-Madre			x
48	Fundación Sur Futuro			x
49	Gobierno Dominicano	x		
50	Grupo Clara			x
51	Grupo de Apoyo Este Amor			x
52	Grupo Paloma			x
53	Hogares Dominicanos	x	x	
54	Hospital Plaza de la Salud			x
55	Hospitales Públicos			x
56	Instituto Dominicano de Apoyo a la Juventud (INDAJOVEN)			x
54	Howartz Sotero & Asocs.			x
55	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI)			x
56	Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)		x	x
57	Johnson & Johnson Dominicana, CxA	x		
58	Kellogs Foundation	x		
59	Laboratorio de Referencia			x
60	Laboratorio Nacional Dr. Defilló			x
61	Laboratorios Privados			x
62	Movimiento de las Mujeres Unidas (MUDE)			x
63	Movimiento para el Desarrollo Internacional de la Solidaridad			x
64	Movimiento Socio-Cultural Trabajadores Haitianos (MOSTCHA)			x
65	Movimientos de Mujeres Dominico-Haitianas (MUDHA)			x
66	Mujeres en Desarrollo Dominicana			x
67	ONE RESPE			x
68	ONGs no identificadas			x
69	Organización Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)	x		
70	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	x		
71	Population Services International (PSI)	x		
72	Proveedores Privados			x
73	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	x	x	x
74	Proyecto de Salud Comunitaria MAMA MALTA		x	x
75	Red Dominicana de Personas que viven con VIH y SIDA (REDOVIH)		x	x
76	Save the Children Dominican Republic - FUDECO		x	x
77	Secretaria de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCyT)			x

Medición del Gasto en SIDA, República Dominicana, 2008

78	Secretaría de Estado de Hacienda (SEH)		x	
79	Secretaría de Estado de la Juventud (SEJ)			x
80	Secretaría de Estado de la Mujer (SEM)			x
81	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)		x	x
82	Secretaría del ONUSIDA	x	x	
83	Unidades de Atención Integral (UAI)			x
84	Teatro Guloya			x
85	Tides Foundation	x		
86	TU Mujer		x	x
87	Visión Mundial		x	x
88	West Wind Foundation	x		

Anexo 3: Metodología de las estimaciones y/o imputaciones

3.1 Gasto en Condonos

3.1.1 Sector Privado

Para la estimación del gasto de condones se partió de la información suministrada por Population Service Information (PSI) de República Dominicana, quienes proporcionaron dos tipos de datos: 1.- Un cuadro donde por cada distribuidor se presentan las marcas comercializadas al 2007, los precios de ventas, las cantidades de unidades vendidas y la cuota de mercado en función de éstas. 2.- Un cuadro donde, una estimación nacional con base en una proyección de Euromonitor International realizada en el "Santo Domingo Grande", establece que en el 2008 el total de unidades vendidas a nivel nacional fue de 18.9 millones de condones.

Cuadro 1: Datos PSI ventas condones, por sector, 2007				
Distribuidor	Marca	PU US\$	Ventas 2007 (unidades)	Cuota
PSI	Pante	\$ 0.10	14,705,756	62%
PROFAMILIA	Protector	\$ 0.33	706,436	3%
	Escudo	\$ 0.47		
Commercial Sector	Trojan	\$ 0.78	4,204,776	17%
	Durex	\$ 0.77		
	amore mio	\$ 0.57		
	Te Amo	\$ 0.57		
	Contempo	\$ 0.68		
	Watson	\$ 0.39		
	Preventor	\$ 0.62		
Public Sector	No-logo		4,316,285	18%
TOTAL			23,933,253	100%

Fuente: PSI

Cuadro 2: Datos PSI ventas condones, por sector, 2008			
Brand	Manufacturer/Source	2008	
		Share %	Actual ('000)
Pante	PSI	58.2%	11,013.4
Durex	SSL International plc	3.8%	725.0
Trojan	Church & Dwight, Co.	0.8%	150.0
Te Amo	N/A	3.3%	625.0
Escudo / Protector	PROFAMILIA	2.7%	515.0
Others	N/A	31.2%	5,901.7
Total		100.0%	18,930.1

Fuente: PSI

Los cuadros anteriores aportan datos importantes para la estimación del gasto privado en condones, pues nos proporcionan los precios de venta en el mercado por cada sector distribuidor (tabla 1) y las unidades que se proyectaron como vendidas al 2008 (tabla 2).

Asumiendo que los precios de venta en US\$ al 2007 se mantienen constantes para el año 2008 y estableciendo un promedio ponderado de los precios de venta del sector comercial, así como de PSI y de Profamilia (ONGs), tendremos las ventas³¹ estimadas de condones en el sector privado al 2008, las cuales se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 3: Cálculo gasto en condones en la República Dominicana, 2008					
Sector Proveedor	Uds. Distribuidas	PU en US\$	PU en RD\$	Gasto Total (US\$)	Gasto Total (RD\$)
Sector Comercial	1,500,000	0.69	23.65	1,031,500	35,473,285
Organizaciones No Gubernamentales	11,528,400	0.11	3.90	1,307,340	44,959,423
Total	13,028,400			2,338,840	80,432,708

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de datos PSI.

Adicionalmente, de acuerdo a la metodología de MEGAS, se tomó en consideración que una proporción de los condones vendidos en el sector privado se utilizan como método de planificación familiar. Para separar ese porcentaje y sólo considerar los que corresponden a la prevención de VIH/SIDA e ITS, se utilizaron los resultados de la encuesta ENDESA 2007. En virtud de que varios porcentajes pudieran ser utilizados, arrojando resultados diferentes, se efectuó el siguiente análisis:

a) Cuando se está midiendo o estimando una actividad práctica concreta o una variable que se materializa en una acción específica, como es el caso del consumo, el comportamiento tiene más fuerza objetiva y conceptual que el conocimiento. Por lo que en igualdad de propósitos y de similitud de contenidos de la preguntas, es preferible utilizar la que mida comportamiento. Pero en este caso son dos preguntas que miden aspectos distintos y que no se ajustan estrictamente a lo que se busca.

b) El dato preciso que se requeriría es: ¿cuál es el consumo (RD\$) de condones para uso preventivo del VIH en el mercado privado?, sin importar que su uso también tenga otra finalidad complementaria. Ninguna de las dos preguntas de ENDESA 2007 que estamos utilizando responde con precisión a la pregunta anterior. Ambas son imperfectas en ese sentido y ambas tienen debilidades y fortalezas que hay que ponderar para hacer la mejor selección.

c) Estamos frente a la medición de dos cosas distintas, utilizando una pregunta de conocimiento y otra de comportamiento: i) la primera pregunta, que se refiere a conocimiento, mide cuál es el % de personas que dijeron que se puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales y ii) la segunda mide cuál es el % de las personas que tuvo relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses que usó condón en su última relación sexual.

d) Es bueno tener en cuenta que MEGAS mide gasto y no necesariamente uso y que el condón lo usan dos personas pero lo adquiere uno y que esa desagregación es bueno tenerla en cuenta pero que no está incluida en las preguntas que utilizamos.

³¹ Calculados a una tasa de cambio promedio anual al 2008 de 34.39x1US\$.

e) Algunas debilidades y fortalezas de ambas preguntas, para la finalidad que tenemos, se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro 4: Análisis de Fortalezas y Debilidades datos ENDESA sobre conocimiento y uso del condón.	
Pregunta (a): % de personas que dijeron que se puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales.	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> · Se refiere a cada vez que tiene relaciones sexuales y no a un sólo momento. · Se entendería que cuando consume (compra) condones lo hace, entre otros fines, porque sabe que puede reducir el riesgo de contraer el virus de SIDA y busca esa finalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> · No mide consumo sino conocimiento. · Engloba a los que usan condones, no necesariamente a quienes realizan la actividad de consumo (compra), que son quienes generan el gasto.
Pregunta (b): % de las personas que tuvo relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses que usó condón en su última relación sexual.	
<ul style="list-style-type: none"> · El comportamiento es una variable más cerca del consumo efectivo (compra) que el conocimiento. · Se entendería que cuando tiene una relación de alto riesgo exige o consume condones. 	<ul style="list-style-type: none"> · No mide consumo (compra) sino uso. · Se refiere sólo a la última relación sexual. · No hace referencia a las relaciones no consideradas de alto riesgo, pero que puede ser también riesgosas. · Sólo engloba a los que han tenido relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses y no a todos los que han usado o consumido (comprado) condones.

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud

Por otro lado, la ENDESA 2007, indica que el 3% de las mujeres encuestadas utilizan los condones masculinos como método de planificación familiar. Este porcentaje es aproximado al presentado en la ENHOGAR 2006, por lo que restando esta proporción de la población se infiere que el 97% restante utiliza el condón como prevención para evitar el contagio de VIH/SIDA e ITS. En ese sentido, y haciendo un ejercicio con los tres porcentajes que pudieran ser considerados, tenemos los resultados siguientes:

Ejercicio a) considerando un promedio ponderado de 85.9%, a partir de los resultados de la encuesta ENDESA 2007, que nos dice que el 83.3% de las mujeres y el 88.4% de los hombres, dijeron que usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales pueden reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA.

Cuadro 5: Cálculo gasto privado en condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008, utilizando el % de conocimiento				
Sector Proveedor	Gasto Total en condones (US\$)	% uso condón para VIH/SIDA*	Gasto en condones para VIH/SIDA (US\$)	Gasto en condones para VIH/SIDA (RD\$)
Sector Comercial	1,031,500	85.89%	885,915	30,466,604
Organizaciones No Gubernamentales	1,307,340	85.89%	1,122,823	38,613,873
Total	2,338,840		2,008,737	69,080,477

* Endesa 2007. Consideran que usando condones cuando tienen relaciones sexuales pueden reducir el riesgo de contraer VIH/SIDA

Ejercicio b) considerando un promedio ponderado de 59.92%, a partir de los resultados de la encuesta ENDESA 2007, que nos indica que del total de la población encuestada, el 43.3% de los hombres y el 16.4% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo y que de éste

segmento poblacional, el 39.6%³² de las mujeres y el 67.4%³³ de los hombres, usaron condones cada vez que tuvieron relaciones sexuales.

Cuadro 6: Cálculo gasto privado en condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008, utilizando % de uso en relaciones sexuales de alto riesgo				
Sector Proveedor	Gasto Total en condones (US\$)	% uso condón para VIH/SIDA*	Gasto en condones para VIH/SIDA (US\$)	Gasto en condones para VIH/SIDA (RD\$)
Sector Comercial	1,031,500	59.92%	618,073	21,255,536
Organizaciones No Gubernamentales	1,307,340	59.92%	783,356	26,939,614
Total	2,338,840		1,401,429	48,195,150

* Endesa 2007. Utilizan condones cuando tienen relaciones sexuales de alto riesgo

Ejercicio c) considerando un 97%, a partir de los resultados de la encuesta ENDESA 2007, que indica que el 3% de las mujeres encuestadas, utilizan el condón como método de planificación familiar.

Cuadro 7: Cálculo gasto privado en condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008, utilizando % de uso como método de planificación familiar				
Sector Proveedor	Gasto Total en condones (US\$)	% uso condón para VIH/SIDA*	Gasto en condones para VIH/SIDA (US\$)	Gasto en condones para VIH/SIDA (RD\$)
Sector Comercial	1,031,500	97.00%	1,000,555	34,409,086
Organizaciones No Gubernamentales	1,307,340	97.00%	1,268,120	43,610,640
Total	2,338,840		2,268,675	78,019,726

* Endesa 2007. 3% uso actual de condones masculinos como método de planificación familiar.

Luego del análisis que precede a los ejercicios presentados, el equipo de trabajo optó por trabajar en base a la opción (c), porque es la que más se adapta a la recomendación de la MEGAS, pues simplemente excluye el porcentaje de la población que indicó que usó el condón para planificación familiar. En tal sentido, para el 2008, las ventas de condones en el sector privado fue de 13,028,400 unidades, equivalente a **RD\$78,019,726** (US\$2,268,675), distribuidos tal como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 8: Distribución condones utilizados para prevenir VIH/SIDA en la Rep. Dom., 2008						
Sector Proveedor	Cantidad Total en condones (Uds.)	PU en US\$	Gasto Total en condones (US\$)	% uso condón para VIH/SIDA*	Gasto en condones para VIH/SIDA (US\$)	Gasto en condones para VIH/SIDA (RD\$)
Sector Comercial	1,500,000	0.69	1,031,500	97.00%	1,000,555	34,409,086
PSI	11,013,400	0.11	1,248,938	97.00%	1,211,470	41,662,453
PROFAMILIA	515,000	0.11	58,402	97.00%	56,650	1,948,187
Total	13,028,400		2,338,840		2,268,675	78,019,726

Nota: Esta distribución fue la considerada en los registros de MEGAS.

³² Encuesta ENDESA 2007: Cuadro 7.1 Conocimiento de VIH/SIDA y Métodos de Prevención.

³³ Idem 2.

3.1.2 Sector Público

Los datos de PSI indican que, al 2008, el Sector Público distribuyó alrededor de 5,901,700 unidades de condones, sin embargo, se asume que la totalidad adquirida por COPRESIDA fue la que se orientó al VIH/SIDA. Para el año de estudio, COPRESIDA adquirió condones por un monto de **RD\$17,011,000** (US\$499,037), con recursos provenientes tanto del Fondo Mundial como del Banco Mundial, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 9: Condonos adquiridos por COPRESIDA, 2008						
Fuente Fondos	Proveedor	Cantidad	Costo Total US\$	PU US\$	Costo Total RD\$	PU RD\$
Banco Mundial	FARMAROVIT & CO., S.A.	1,000,000	107,880	0.11	3,710,000	3.71
Banco Mundial	ROAM FARMACEUTICA	500,000	53,940	0.11	1,855,000	3.71
Banco Mundial	SOCAM DOMINICANA	500,000	52,341	0.10	1,800,000	3.60
Total Banco Mundial		2,000,000	214,161	0.11	7,365,000	3.67
Fondo Mundial	ROAM FARMACEUTICA	2,000,000	219,135	0.11	7,420,000	3.71
Fondo Mundial	ROAM FARMACEUTICA	600,000	65,741	0.11	2,226,000	3.71
Total Fondo Mundial		2,600,000	284,876	0.11	9,646,000	3.71
Total		4,600,000	499,037	0.11	17,011,000	3.70

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud a partir de datos COPRESIDA

En el caso de los condones adquiridos con recursos del Fondo Mundial se encontraron datos que señalan la entrega a ONGs por la cantidad de 1,550,000 unidades, las cuales reportaron la una distribución de 1,106,529 unidades, tal como se presenta en el cuadro 9:

Cuadro 10: Condonos adquiridos por COPRESIDA con recursos del Fondo Mundial, distribuidos por ONGs, 2008.						
ONGs	Cantidad a distribuir	Cantidad distribuida	PU US\$	Costo Total US\$	PU RD\$	Costo Total RD\$
Colectiva Mujer y Salud	350,000	343,452	0.11	37,631	3.71	1,274,207
CIAC	500,000	427,729	0.11	46,865	3.71	1,586,875
CEPROSH	200,000	200,000	0.11	21,914	3.71	742,000
SEESCYT	500,000	135,348	0.11	14,830	3.71	502,141
Total	1,550,000	1,106,529	0.11	121,240	0.00	4,105,223

Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud a partir de datos COPRESIDA

Nota: Para fines de registro en el MEGAS se consideraron los siguientes puntos:

- Incluir en el gasto de ejecución de las ONGs, el costo de adquisición de los condones entregados por éstas, asumiendo que los costos de distribución estaban cubiertos en las diferentes actividades que las mismas desarrollaron durante el 2008.
- Asumir como población beneficiaria de las ONGs, aquellas a las cuales estuvieron orientadas sus actividades de prevención, en el mismo rango porcentual del gasto ejecutado por ellas.
- Considerar la cantidad restante de condones adquiridos (1,050,000 uds.) con recursos del Fondo Mundial como gasto ejecutado por el COPRESIDA, incluyendo en ello el costo de

distribución, así como el costo de transporte, almacenaje y desaduanaje. Como se desconoce la población objetivo se cruza con BP.06 intervenciones no dirigidas.

3.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):

Para el cálculo del gasto en ITS se consideró el consumo de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) en Kits para ITS de diciembre 2007 a diciembre 2008 (13 meses) que fueron de 95,766 unidades³⁴. Cuando esa cantidad es ajustada a 12 meses, indica un total de 88,399 Kits utilizados, por un valor de **RD\$29,489,535**.

Cuadro 11: Consumo de kits de terapia para ITS, DIGECITSS							
TERAPIA	UNIDADES		PU [1] RD\$	COSTO RD\$ (13 MESES)	UNIDADES		COSTO RD\$ (12 MESES)
DAB	22,575	23.60%	675.00	15,238,125	20,838	47.70%	\$14,065,962
FVV	48,569	50.70%	230.00	11,170,870	44,833	35.00%	\$10,311,572
FVC	14,329	15.00%	223.00	3,195,367	13,227	10.00%	\$2,949,570
SU	7,260	7.60%	223.00	1,618,980	6,702	5.10%	\$1,494,443
UG	2,978	3.10%	243.00	723,654	2,749	2.30%	\$667,988
BI	55	0.10%	No Tiene Kit	N/A	51	N/A	N/A
TOTAL	95,766	100.00%	N/A	\$31,946,996	88,399	100.00%	\$29,489,535

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DIGECITSS

DAB = Dolor Abdominal Bajo / FVV = Flujo Vaginal Vaginitis/ FVC = Flujo Vaginal Cervicitis / SU = Secreción Uretral / UG = Ulcera Genital / BI = Bubón Inguinal

Se trató de hacer un cruce con los reportes de kits para ITS presentados por cada una de las regiones de salud en la memoria anual de la SESPAS; sin embargo, sólo algunos especificaron cantidades, mientras que otros sólo indicaron que realizaron la actividad, sin establecer cantidades entregadas.

3.3 ARV, Infecciones Oportunistas, Laboratorios y Visitas Médicos PVVS

Para los gastos de infecciones oportunistas, laboratorios y médicos que trabajan en las Servicios de Atención Integral (UAI), se tomaron como referencia los datos del estudio de gasto de Claudia Valdez y Edgar Barillas. Según dicho estudio: “El 66% del gasto de la atención a PVVS se concentra en la categoría de terapia ARV y para el manejo de las infecciones oportunistas. El 30% del gasto es para la categoría de laboratorio, el cual incluye pruebas rápidas diagnósticas y confirmatorias, pruebas de seguimiento clínico y de monitoreo inmunológico (dos veces al año para el conteo de CD4 y una vez al año Carga Viral, según normas nacionales). El 4% corresponde al costo de 2 visitas médicas por paciente/ año”.

En el cuadro siguiente, tomando en consideración datos del estudio de referencia, se resume de forma desagregada el costo de ARV y de Infecciones Oportunistas, de donde se establece que el 76.5% del mismo corresponde a ARV y el 23.5% a Infecciones Oportunistas. El mismo es sólo para referenciar los costos de estos tratamientos el estudio indicado.

³⁴ DIGECITSS: Descripción Kits entregado a usuarios. Datos de cantidad y costos. Diciembre 2007- Diciembre 2008.

CONSUMO ARV E INFECCIONES OPORTUNISTAS	MONTO US\$	
Tratamiento Primera Línea	1,948,492.00	38.4%
Tratamiento Segunda y Tercera Línea	809,858.00	16.0%
Tratamiento Esquema de Rescate	1,121,827.00	22.1%
Total Tratamiento	3,880,177.00	76.5%
Total Infecciones Oportunista	1,193,981.80	23.5%
Total	5,074,158.80	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio Valdez y Barillas

3.3.1 PVVS en el Programa Nacional de Atención Integral (PNAI)

La DIGECITSS maneja el PNAI, el cual cuenta con el Sistema de Información de Atención Integral (SIAI), que es un programa informático, georeferencial insertado en formato de red dentro del programa y tiene como fin llevar el registro de los usuarios y demás variables que orbitan alrededor del mismo, de forma tal que los responsables puedan tener en todo momento acceso a información clave.

Dicho sistema (SIAI) nos proveyó los datos para calcular la cantidad de pacientes por mes que se encontraban en seguimiento y en tratamiento en el 2008, disponible en el web site de la DIGECITSS: www.digecitss.org

	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.
Pacientes en tratamiento	8,199	8,344	8,380	8,766	9,121	9,282	9,651	9,944	10,269	10,504	10,647	10,935	11,072
Pacientes en seguimiento	11,220	10,794	10,581	10,815	11,183	11,111	11,197	11,028	11,838	11,385	11,567	11,873	11,853
Total p/mes	19,419	19,138	18,961	19,581	20,304	20,393	20,848	20,972	22,107	21,889	22,214	22,808	22,925
Incremento TARV		145	36	386	355	161	369	293	325	235	143	288	137
Incremento SC		(426)	(213)	234	368	(72)	86	(169)	810	(453)	182	306	(20)

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de datos PNAI

El cuadro 10 nos indica que de diciembre 2007 a enero 2008 hubo una disminución en la cantidad de pacientes en seguimiento. Este mismo fenómeno ocurrió, según se observa, para mayo, julio, septiembre y diciembre 2008. En cambio, el ingreso de nuevos pacientes a TARV fue continuo, con variaciones considerables en las cantidades.

Para el año 2008, el promedio de incremento de pacientes en seguimiento fue de 53 pacientes por mes, mientras que para TARV fue de 239, reflejando un aumento de 633 y 2,873, respectivamente, en relación con el año 2007, en el cual se tenía 8,199 pacientes en tratamiento y 11,200 en seguimiento clínico.

El cuadro siguiente presenta la información anterior, pero detallada por población de adultos e infantes, tanto en TARV como en seguimiento. Como se observa, la media de la relación de pacientes infantes sobre adultos se mantuvo prácticamente constante a partir del mes de junio, teniendo un promedio anual de 5.64%.

Cuadro 14: Cantidad de pacientes adultos e infantes en TARV y en seguimiento por mes, 2008												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.
Adultos en seguimiento	10,036	9,889	10,313	10,650	10,571	10,942	10,780	11,593	11,155	11,347	11,641	11,629
Adultos en tratamiento	7,754	7,759	8,124	8,428	8,599	8,917	9,209	9,506	9,709	9,861	10,146	10,286
Total adultos	17,790	17,648	18,437	19,078	19,170	19,859	19,989	21,099	20,864	21,208	21,787	21,915
Infantes en seguimiento	758	692	502	533	540	255	248	245	230	220	232	224
Infantes en tratamiento	590	621	642	693	683	734	735	763	795	786	789	786
Total Infantes	1,348	1,313	1,144	1,226	1,223	989	983	1,008	1,025	1,006	1,021	1,010
Total General	19,138	18,961	19,581	20,304	20,393	20,848	20,972	22,107	21,889	22,214	22,808	22,925
Relación infantes / adultos	7.58%	7.44%	6.20%	6.43%	6.38%	4.98%	4.92%	4.78%	4.91%	4.74%	4.69%	4.61%

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de datos PNAI

3.3.2 Pacientes por línea de tratamiento

Tomando en consideración los datos del estudio de “*Estimación de los costos de atención de pacientes con VIH/SIDA en República Dominicana*”³⁵ en cuanto a la distribución de los pacientes por línea de tratamiento a septiembre 2008 se estimó la cantidad de pacientes por línea de intervención para cada mes.

Cuadro 15: Datos base pacientes por línea de tratamiento, Septiembre 2008	
Pacientes en tratamiento 1era línea Septiembre 2008	7,353
Pacientes en tratamiento 2nda y 3era línea Septiembre 2008	1,576
Pacientes en tratamiento de rescate Septiembre 2008	1,575
% de pacientes en tratamiento que se mueven de una categoría a la superior/mes	0.02%

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de datos Estudio Valdez y Barillas

Con los datos del cuadro anterior y considerando los pacientes existentes a septiembre 2008, así como los pacientes que ingresan mensualmente tanto para tratamiento como para seguimiento, se hizo una proyección del flujo mensual de pacientes durante el año 2008, desagregados por línea de atención:

Cuadro 16: Número de pacientes por mes, por línea de tratamiento, 2008												
Pacientes en:	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Seguimiento Clínico (SC)	10,794	10,581	10,815	11,183	11,111	11,197	11,028	11,838	11,385	11,567	11,873	11,853
Tratamiento ARV (TARV)	8,344	8,380	8,766	9,121	9,282	9,651	9,944	10,269	10,504	10,647	10,935	11,072
1era línea	5,203	5,238	5,623	5,977	6,137	6,504	6,796	7,119	7,353	7,494	7,781	7,916
2nda y 3era línea	1,568	1,569	1,570	1,571	1,572	1,573	1,574	1,575	1,576	1,577	1,578	1,580
Rescate	1,572	1,573	1,573	1,573	1,574	1,574	1,574	1,575	1,575	1,575	1,576	1,576
Total pacientes en SC y TARV	19,138	18,961	19,581	20,304	20,393	20,848	20,972	22,107	21,889	22,214	22,808	22,925

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de datos PNAI 2008 de la DIGECITSS / SESPAS y estudio Valdez y Barillas

Para la división de los pacientes de segunda y tercera línea se calculó una tasa mensual equivalente, basándonos en las consideraciones del estudio de Valdez y Barillas que indicaba “que el 3% de los pacientes que usan medicamentos antirretrovirales de primera línea en 2008, tendrán que cambiar a tratamientos de segunda línea cada año (OMS, 2006b)”³⁶. Dicha tasa se

³⁵ Claudia Valdez y Edgar Barillas, Consultores Management Sciences for Health (MSH) /SPS. Trabajo financiado por la USAID para COPRESIDA.

³⁶ Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA. ONUSIDA. 2008.

asumió también para los pacientes de rescate siguiendo la metodología del estudio de referencia y por no tener otra información disponible.

Sin embargo, luego de una revisión con las autoridades de la DIGECITSS y para validar estos resultados se requirió un listado de los pacientes por línea de tratamiento y la definición de los esquemas de primera, segunda línea y rescate. En tal sentido, la entidad de referencia remitió un listado a diciembre 2008, con alrededor de 60 esquemas que fueron categorizados en tratamientos de primera y de segunda línea, de acuerdo al listado de medicamentos provistos por la DIGECITSS y conforme a la nota incluida en el mismo, que reza “*cuando los pacientes fallan a una combinación de primera línea, los rescatamos con una de la segunda línea, o sea, que la segunda línea se convierte en rescate. No tenemos como programa unas combinaciones específicas para rescates*”. Adicionalmente, para la categorización de los esquemas se consultó el PEN y el Plan de Compras de Medicamentos presentado en el marco del RCC por Copresida.

Dicho listado arrojó los resultados presentados en el cuadro siguiente, que indica que el 87% de la población en tratamiento se encuentra dentro del esquema de primera línea y que el 13% en esquema de segunda. Que la población adulta en tratamiento representa el 93% y el 7% restante es población infantil.

Cuadro 17: Porcentaje de pacientes por mes, por línea de tratamiento, 2008							
Esquemas	% Adultos	% Masculino	% Femenino	% Infantiles	% Masculino	% Femenino	% Total Pacientes
Primera línea	8397	4237	4159	549	244	305	8946
	88%	90%	87%	76%	75%	76%	87.5%
Segunda línea	1098	450	648	178	81	97	1276
	12%	10%	14%	24%	25%	23%	12.7%

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir datos de esquemas provistos por la DIGECITSS

Con los datos cruzados de la DIGECITSS se procedió a distribuir los pacientes en primera y segunda línea, considerando que la proporción de 87 y 13 por ciento por esquemas se mantuvieron constantes para todo el año 2008.

Cuadro 18: Número de pacientes por mes, por línea de tratamiento, 2008												
Pacientes en:	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Seguimiento	10,794	10,581	10,815	11,183	11,111	11,197	11,028	11,838	11,385	11,567	11,873	11,853
Adultos	10,036	9,889	10,313	10,650	10,571	10,942	10,780	11,593	11,155	11,347	11,641	11,629
Infantes	758	692	502	533	540	255	248	245	230	220	232	224
Tratamiento:	8,344	8,380	8,766	9,121	9,282	9,651	9,944	10,269	10,504	10,647	10,935	11,072
1era línea	7,259	7,291	7,626	7,935	8,075	8,396	8,651	8,934	9,138	9,263	9,513	9,633
Adultos	6,746	6,750	7,068	7,332	7,481	7,758	8,012	8,270	8,447	8,579	8,827	8,949
Infantes	513	540	559	603	594	639	639	664	692	684	686	684
2nda y 3era línea	1,085	1,089	1,140	1,186	1,207	1,255	1,293	1,335	1,366	1,384	1,422	1,439
Adultos	1,008	1,009	1,056	1,096	1,118	1,159	1,197	1,236	1,262	1,282	1,319	1,337
Infantes	77	81	83	90	89	95	96	99	103	102	103	102
Total adultos	7,754	7,759	8,124	8,428	8,599	8,917	9,209	9,506	9,709	9,861	10,146	10,286
Total infantes	590	621	642	693	683	734	735	763	795	786	789	786
Total pacientes en SC y TARV	19,138	18,961	19,581	20,304	20,393	20,848	20,972	22,107	21,889	22,214	22,808	22,925

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir datos de población y esquemas TARV provistos por la DIGECITSS / SESPAS

3.3.3 Costo mensual por línea de tratamiento PVVS

Para el cálculo del costo mensual por línea de tratamiento se consideraron los costos unitarios anuales utilizados por Valdez y Barillas en su estudio de costos y luego se distribuyeron por mes, como se presenta en el cuadro 19:

Cuadro 19: Costo unitario por línea de tratamiento TARV e IO		
ITEMS	CU US\$/anual *	CU US\$/mes
Terapia antirretrovírica	1,455.00	121.24
1) Tratamiento de primera línea para pacientes "naive"	229.00	19.08
2) tratamiento para pacientes con esquemas de segunda línea y 3era línea	514.00	42.83
3) tratamiento para pacientes con esquemas de rescate (LOP/rtv)	712.00	59.33
Tratamiento para infecciones oportunistas	211.95	17.67
1) Cotrimoxazol como profilaxis para enfermedades oportunistas	12.00	1.00
2) Cotrimoxazol en gotas para niños con VIH	3.00	0.25
3) Fluconazol	17.60	1.47
5) Profilaxis con Isoniacida	69.35	5.78
6) Tratamiento de TB 1ra. línea co-infectados	24.00	2.00
7) Tratamiento TB MDR para co-infectados	86.00	7.17

* Datos estudio de estimación de costos de atención de pacientes con VIH/SIDA de Valdez y Barillas, 2008

Luego se procedió a calcular los costos por pacientes, por cada línea de tratamiento, obteniendo los resultados siguientes:

Cuadro 20: Costo total mensual, sin incluir visitas médicas ni método diagnóstico, 2008														
	Ene US\$	Feb. US\$	Mar US\$	Abr US\$	May US\$	Jun US\$	Jul US\$	Ago US\$	Sept. US\$	Oct. US\$	Nov. US\$	Dic. US\$	Total US\$	Total RD\$
Costo de terapia antirretrovírica	184,993	185,792	194,350	202,220	205,790	213,971	220,467	227,672	232,882	236,053	242,438	245,475	2,592,103	89,142,421
1) Tratamiento de primera línea para pacientes "naive"	138,531	139,129	145,538	151,431	154,104	160,231	165,095	170,491	174,393	176,767	181,548	183,823	1,941,081	66,753,785
2) tratamiento para pacientes con esquemas de segunda línea	46,462	46,663	48,812	50,789	51,685	53,740	55,372	57,181	58,490	59,286	60,890	61,653	651,022	22,388,636
Costo tratamiento para infecciones oportunistas	79,574	79,688	83,277	86,553	87,830	91,178	93,464	96,974	98,473	99,866	102,569	103,704	1,103,150	37,937,323
4) Cotrimoxazol como profilaxis para enfermedades oportunistas	17,790	17,648	18,437	19,078	19,170	19,859	19,989	21,099	20,864	21,208	21,787	21,915	238,844	8,213,845
5) Cotrimoxazol en gotas para niños con VIH	337	328	286	307	306	247	246	252	256	252	255	253	3,324	114,312
6) Fluconazol	12,238	12,291	12,857	13,377	13,614	14,155	14,585	15,061	15,406	15,616	16,038	16,239	171,475	5,897,037
7) Profilaxis con Isoniacida	48,221	48,429	50,660	52,712	53,642	55,775	57,468	59,346	60,704	61,531	63,195	63,987	675,671	23,236,335
8) Tratamiento de TB 1ra. línea co infectados	953	957	1,001	1,042	1,060	1,103	1,136	1,173	1,200	1,216	1,249	1,265	13,357	459,334
9) Tratamiento TB MDR para co infectados	34	34	36	37	38	40	41	42	43	44	45	45	479	16,459
Total TARV y TIO	264,567	265,480	277,627	288,773	293,620	305,149	313,931	324,646	331,356	335,919	345,008	349,179	3,695,253	127,079,745
Utilizando los datos de Valdez - Barillas se asumió que:														
La proporción de co-infectados/total pacientes se mantuvo constante 5.71%														
La población Tratamiento TB MDR para co-infectados es igual al 1% de la de co-infectados de primera línea 1.0%														

Nota: Para fines de registro en el MEGAS se consideraron los siguientes puntos:

- Se tomó en consideración el total de los ARVs adquiridos con recursos del Fondo Mundial por RD\$73,568,739, mas los costos de transporte, desaduanaje y almacenamiento por RD\$1,441,025.96 y de otros servicios (implementación) por RD\$ 804,233.05.
- La diferencia entre los ARV adquiridos durante el año 2008 y los ARV estimados como gastado fue de RD\$ 19,252,119 equivalente a US\$ 559,817, monto que se le sumó a los ARV distribuidos en las UAIs públicas y de ONGs, las cuales abarcaron el 66% y 34% de la población en TARV a diciembre 2008.
- La transacción de **ARV** distribuidas en los servicios de atención integral públicos ascendió a RD\$ 60,163,006 (US\$ 1,749,433), incluyendo transporte e implementación, mientras que la transacción para ONGs fue de RD\$ 31,224,674 (US\$ 907,958).
- En el caso de **las infecciones oportunistas**, se estimó un total del gasto en medicamentos de RD\$37,937,323, mientras que los registros de adquisición del COPRESIDA con recursos del Fondo Mundial reflejan la cantidad de RD\$27,794,224, estableciéndose una diferencia de RD\$ 10,143,099, equivalente a US\$ 294,943. Esta transacción se desagregó entre los centros de atención integral públicos y privados (ONGs), considerando la cantidad de pacientes atendidos, tanto adultos como infantiles.

3.3.4 Costo anual otras pruebas y honorarios médicos

En cuanto a las pruebas diagnósticas, de monitoreo y complementarias como son las pruebas de CD4 y las de carga viral, se estimaron los costos partiendo del prorrateo mensual de los establecidos en el estudio de Valdez y Barillas:

Cuadro 21: Costos de otras pruebas diagnósticas y honorarios médicos especialistas	Costo Unitario US\$/anual *
CD4 – 2 veces al año/paciente	10.00
Carga Viral una vez al año	30.00
Hemograma y bioquímica (Urea-Creat,TGO-TGP, VDRL y Orina) PVVS en seguimiento clínico o de primera vez, se realiza 2x año	34.00
Hemogramas y bioquímica (Urea-Creat,TGO-TGP, VDRL, Glicemia, Fostafata Alcalina, Bilirrubina, Colesterol, Triglicéridos, Amilasa, Lipasa y Orina) PVVS en TARV 2x año	80.00
Honorarios de médicos infectólogos y neumólogos	85.71

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de estudio Valdez y Barillas

Utilizando los datos de la tabla anterior y aplicando una serie de supuestos se calcularon los costos del cuadro siguiente:

Supuestos:

- Los pacientes nuevos que ingresaron a partir del mes de julio 2008 sólo se hicieron una prueba de CD4, ya que las mismas se realizan cada seis meses.
- La proporción de la población sobre pacientes totales que fue a infectólogos y neumólogos se mantuvo igual que en el estudio de referencia, es decir, un 5%.

Cuadro 22: Costos diagnósticos y consulta de PVVS en TARV y Seguimiento, 2008		
Pruebas	Total US\$	Total RD\$
Sub total pruebas	1,656,545	56,968,583
CD4 – 2 veces al año/paciente	103,615	3,563,320
Carga viral una vez al año	332,160	11,422,982
Hemograma y bioquímica (Urea-Creat, TGO-TGP, VDRL y Orina) PVVS en seguimiento clínico o de primera vez, se realiza 2 x año	391,850	13,475,722
Hemogramas y bioquímica (Urea-Creat, TGO-TGP, VDRL, Glicemia, Fostafata Alcalina, Bilirrubina, Coleterol, Trigliceridos, Amilasa, Lipasa y Orina) PVVS en TARV 2 x año	828,920	28,506,559
Honorarios	Total US\$	Total RD\$
Honorarios de médicos infectólogos y neumólogos	98,205	3,377,259
Total costos	1,754,750	60,345,842

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a datos costos Estudio de Valdez y Barillas y pacientes en TARV y SC del PNAI de la DIGECITSS

Para los cálculos de pruebas rápidas que se realiza la población en general se tomaron los mismos pacientes y costos estimados por el estudio de Valdez y Barillas, en el entendido de que dicha estimación fue realizada para el año completo.

Cuadro 23: Pruebas rápidas y de confirmación 2008 población general				
Tipo de pruebas	Pacientes 2008	Costo Unitario	Costo Total US\$	Costo Total RD\$
Pruebas rápidas	784,000	0.8	627,200	21,569,408
Pruebas de Confirmación	7,840	1.2	9,408	323,541
Total US\$			636,608	21,892,949

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a datos costos Estudio de Valdez y Barillas

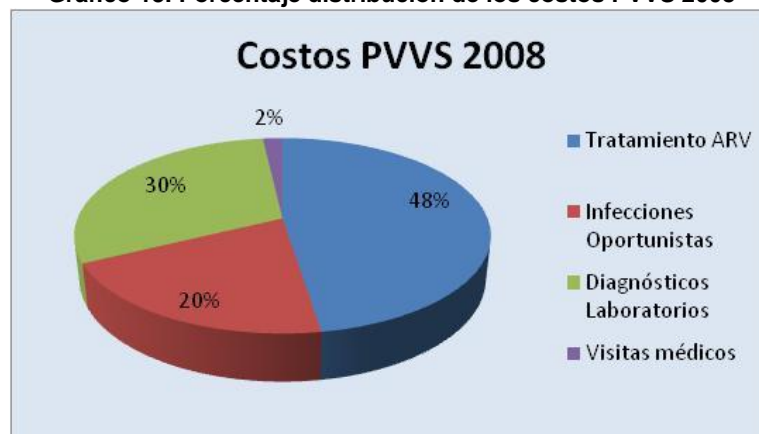
El cuadro siguiente presenta un resumen de los costos totales estimados para el 2008 de los pacientes en tratamiento y seguimiento dentro del PNAI, así de cómo de las pruebas diagnósticas para la población en general:

Cuadro 24: Costo total atención PVVS y Población General		
Rubros	Total US\$	Total RD\$
Costos PVVS	5,450,003	187,425,586
Tratamiento ARV	2,592,103	89,142,421
Infecciones Oportunistas	1,103,150	37,937,323
Diagnósticos Laboratorios	1,656,545	56,968,583
Visitas médicos	98,205	3,377,259
Otros Costos Pruebas (población general)	636,608	21,892,949
Pruebas rápidas y de confirmación	636,608	21,892,949
Total	6,086,611	209,318,536

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud

La figura siguiente muestra el porcentaje de los costos de atención a PVVS al 2008:

Gráfico 13. Porcentaje distribución de los costos PVVS 2008



Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud

3.4 Estimaciones del Gasto de Hogares para VIH/SIDA

3.4.1 Pacientes dentro del PNAI

Pruebas de laboratorios

En consulta con expertos del sector salud, relacionados al área de VIH/SIDA, incluyendo entrevistas a profundidad con personal de REDOVIIH y el Centro Sanitario de Santo Domingo, obtuvimos la información de que aproximadamente entre el 30% y el 50% de las pruebas de laboratorios (analíticas) que deben realizarse dentro del PNAI, es financiada de forma privada por los pacientes PVVS en TARV y en seguimiento.

Tomando los datos del cuadro 19 de las estimaciones de los costos de atención para las pruebas diagnósticas y de laboratorios, extrayendo la cantidad calculada para la analítica y, asumiendo el porcentaje más conservador (30%) para el gasto de bolsillo de los pacientes en seguimiento y en tratamiento, tenemos que el gasto en este renglón es de **RD\$17,090,575 (US\$496,964)**, según se aprecia en el cuadro siguiente:

Cuadro 25: Costos diagnósticos PVVS en TARV y Seguimiento, 2008				Cobertura Bolsillo	
Rubros	Total US\$	Total RD\$	%	Total US\$	Total RD\$
CD4	103,615	3,563,320	30%	31,085	1,068,996
Carga viral	332,160	11,422,982	30%	99,648	3,426,895
Hemograma y bioquímica (Urea-Creat, TGO-TGP, VDRL y Orina) PVVS en seguimiento clínico o de primera vez, se realiza 2 x año	391,850	13,475,722	30%	117,555	4,042,716
Hemogramas y bioquímica (Urea-Creat, TGO-TGP, VDRL, Glicemia, Fostafata Alcalina, Bilirrubina, Coleterol, Trigliceridos, Amilasa, Lipasa y Orina) PVVS en TARV 2 x año	828,920	28,506,559	30%	248,676	8,551,968
Total costos	1,656,545	56,968,583	30%	496,964	17,090,575

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud

Adicionalmente, según informaciones obtenidas del encuentro realizado con expertos voluntarios que contribuyeron en la identificación del gasto de los hogares de las PVVS y confirmado por expertos de REDOVIIH, establecen que aproximadamente un 90% de los nuevos pacientes tiene que cubrir de su bolsillo un grupo de pruebas diagnóstica, que en general son: placa de pecho, CD4, hemograma y bioquímica (Urea- Creatinina, TGO, TGP, VDRL y Orina).

Para este cálculo se consideraron los factores siguientes:

Total de pacientes nuevos que ingresaron al PNAI = 3,506

Total de pacientes nuevos en TARV = 2,873

Total de pacientes nuevos en Seguimiento Clínico = 633

Costo mercado placa de tórax = US\$7.27

Costo unitario CD4 = US\$5.00

Costo analítica = US\$17.00

Cuadro 26: Costos diagnósticos nuevos PVVS en TARV y Seguimiento, 2008				
Pruebas	No. Pacientes Nuevos	CU Pruebas US\$	Costo total US\$	Costo total RD\$
CD4 pacientes TARV	2,586	5.00	12,928.50	444,611
Placa de Tórax	3,155	7.27	22,939.76	788,898
Hemogramas y bioquímica	3,155	17.00	53,641.80	1,844,742
Total costos		29.27	89,510.06	3,078,251

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a datos Estudio de Valdez et al y precios de mercado

Suplemento alimenticio

Los expertos consultados opinaron que el 20% de los pacientes en TARV consumen suplementos alimenticios, adicional a los suplidos por el sector público, por un valor aproximado de unos RD\$400 mensuales (una lata), equivalente A US\$11.63. Sin embargo, cabe señalar que en la consulta efectuada con REDOVIIH se nos indicó que para el 2008, de un 60% que requería apoyo nutricional, sólo el 40% lo estaba recibiendo dentro del programa.

Para el cálculo de este gasto, se estableció el consumo en función del momento de ingreso de cada paciente, es decir, el 20% de los nuevos pacientes que entraron a tratamiento en febrero 2008 sólo consumieron 11 meses de suplemento alimenticio y así sucesivamente, mientras que los que estaban el programa e ingresaron en enero 2008 consumieron 12 meses.

Esto significa que para el 2008, el gasto anual por consumo de suplementos alimenticios adicionales para el 20% de los pacientes en TARV fue de **RD\$ 9,353,200 (US\$271,974)**.

Transporte

El gasto de transporte se determinó a través de consulta con representantes de PVVS, quienes señalaron montos muy variados dependiendo de los lugares de residencia y teniendo en cuenta que muchos pacientes del interior viajan a otros lugares para recibir los servicios, debido a que no quieren ser identificados y estigmatizados en sus localidades.

El valor seleccionado en conversaciones fue de RD\$360 por viaje, pero la determinación del mismo es bastante arbitraria y toma en cuenta que la mayoría de los pacientes viven en los

grandes centros urbanos donde el nivel de anonimato es alto por lo que visitan centros alejados de su residencia, pero en la misma ciudad.

Los consultados señalaron que los pacientes en tratamiento hacen un promedio de 6 viajes anuales y los de seguimiento 2. Para el caso de los pacientes en tratamiento el cálculo fue realizado por mes, lo que implica que la cantidad de viajes adjudicados a los pacientes nuevos tomó en consideración el mes de ingreso, es decir, un paciente que ingresó al programa en marzo 2008, realizará 5 viajes en vez de 6, asumiendo que los viajes son bimensuales. En el caso de los pacientes en seguimiento se consideró que los viajes eran semestrales y por tanto, a partir de julio 2008, los pacientes en seguimiento sólo realizarían un viaje. Adicionalmente, según información de REDOVIIH, al menos un 10% de los pacientes en seguimiento no acuden a la cita.

Esto significa que para el 2008, el gasto anual por gasto de transporte para los pacientes en TARV y en seguimiento clínico fue de **RD\$28,758,600 (US\$836,249)**. Para la distribución del gasto de transporte se consideró que los PVVS gastan en transporte en el mismo porcentaje de los costos de la figura No. 11, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 27: Costos de transporte PVVS, 2008					
Transporte		Pacientes en:		Total US\$	Total RD\$
		TARV	SC		
Recibir ARV	48%	10,219,392	3,584,736	401,399	13,804,128
Tratam. IO	20%	4,258,080	1,493,640	167,250	5,751,720
Pruebas Lab.	30%	6,387,120	2,240,460	250,875	8,627,580
Visitas Médicas	2%	425,808	149,364	16,725	575,172
Total	100%	21,290,400	7,468,200	836,249	28,758,600

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a consultas expertos sector

Considerando todos los ítems anteriores, el gasto de bolsillo para los pacientes PVVS incorporados en el PNAI se presenta a continuación:

Cuadro 28: Gasto de bolsillo PVVS en PNAI		
Renglones	US\$	RD\$
Pruebas diagnósticas y de laboratorio pacientes en PNAI (30%)	496,964	17,090,575
Pruebas diagnóstica y placa tórax (90%) pacientes nuevos	89,510	3,078,251
Suplemento nutricional pacientes tratamiento	271,974	9,353,200
Transporte pacientes tratamiento (Promedio 6 viajes año)	619,087	21,290,400
Transporte Pacientes Seguimientos (Promedio 2 viajes año)	217,162	7,468,200
Total consumo hogares	1,694,697	58,280,626

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a consultas expertos sector

3.4.2 Pacientes fuera del PNAI

Para el año 2008 se estimó que un total de 79,617 personas vivían con VIH, incluyendo embarazadas VIH+³⁷ y los expertos de REDOVIH indicaron que al menos un 2% de ésta población acudía a los centros privados.

En cambio, en entrevista al Dr. Carlos Rodríguez, quien tiene más de 15 años trabajando en el país con pacientes VIH, nos indicó que hay más de 2,000 personas que se atienden en el sector privado y que de éstos el 40% toma ARV, distribuidos en primera línea (60%), segunda línea (20%) y rescate (20%). Estos últimos, indicó el doctor, son los que están en peores condiciones, ya que son multiresistentes y no reaccionan ante cierto tipo de tratamiento.

Tomando en consideración las informaciones de referencia, asumiendo el número más conservador de un 2% de la población estimada con VIH al 2008 y considerando los costos para las pruebas diagnósticas y de visitas médicas del estudio de Valdez y Barillas, se estima el costo de los pacientes que se encuentran fuera del PNAI, aclarando que los resultados pueden estar subestimados, si consideramos que los honorarios médicos en el sector privado son mayores. En este punto, debemos indicar que el Dr. Rodríguez señaló que los PVVS que acuden a la consulta privada pagan un promedio de RD\$2,000 por visita, de la siguiente manera:

- Pacientes en tratamiento de primera línea, acude 2 ó 3 veces al año.
- Pacientes en tratamiento de segunda línea, acude 2 ó 3 veces al año.
- Pacientes en tratamiento de rescate, acude 4 veces al año.
- Pacientes en seguimiento, acude 1 ó 2 veces al año.

Asimismo, el referido especialista señaló que la cantidad de pacientes PVVS que consultan de manera privada consumen dos o tres latas de suplemento alimenticio como apoyo nutricional en la proporción siguiente:

- Pacientes en tratamiento de primera línea, 10%.
- Pacientes en tratamiento de segunda línea, 10%.
- Pacientes en tratamiento de rescate, 20%.

La consulta con el Dr. Rodríguez arrojó que los PVVS en consulta privada se realizan carga viral, CD4 y CD8, 2 ó 3 veces al año.

Según la información obtenida de REDOVIH a los pacientes que van a consultar en forma privada el tratamiento completo le cuesta unos US\$700 u US\$800 por mes, mientras que el Dr. Rodríguez apunta que el gasto aproximado en TARV para los pacientes de primera línea es de alrededor RD\$2,500 mensuales (US\$72.70) a la tasa promedio del 2008 de 34.39; los de segunda línea RD\$6,000 (US\$174.47) y los de rescate RD\$55,000 (US\$1,599.30). En REDOVIH apuntaron que el tratamiento en forma privada encarece mucho más porque los pacientes adquieren los medicamentos originales. El Dr. Rodríguez indicó que los medicamentos usados son por PVVS que se atienden en el sector privado son:

³⁷ Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana: Una herramienta política, general y técnica para avanzar hacia el acceso universal. Washington, D.C.: OPS, © 2008

Laboratorio	Antirretroviral (marca)	Precio US\$ ³⁸
Abbot	Aluvia	N/D
	3TC (Epivir) (150mg) 180 tab.	784.77
	AZT (150mg) 180 caps.	2,247.96
Glaxo Smith Kline	Combivir (150/300mg) 120 tab.	1,260.00
Merk	Issentres (400mg) 60 tab.	1,299.00 ³⁹
	Stocri	N/D
Gilead	Truvada (200/300mg) 90 tab.	2,732.97
	Viread (300mg) 90 tab.	1,688.55
Janssen - Silac	Prezista (600mg) 120 tab.	1,926.50

Supuestos adoptados para gastos ARV, IO, Pruebas diagnósticas y visita médico:

1. Que los 1,592 pacientes (2% de 79,617), tomando la cantidad más conservadora, con VIH/SIDA que se atienden en el sector privado son casos existentes desde enero 2008 y que se mantuvieron igual durante todo el año.
2. Que el 40% de los pacientes se encuentra en TARV y el 60% en seguimiento clínico, tomando en consideración las estimaciones del Dr. Rodríguez.
3. Que el 40% de los pacientes en TARV se encuentran en tratamiento de segunda y tercera línea y de rescate, mientras que el resto (60%) se encuentra dentro de primera línea.
4. Que el 100% de los pacientes en seguimiento y en TARV asisten a su cita, según las indicaciones mínimas dadas por el especialista, una para seguimiento clínico, dos para primera y segunda línea y cuatro veces para rescate.
5. Que las pruebas de CD4 y Carga Viral, así como las pruebas diagnósticas se la realizan dos veces al año y que los costos son los mismos que los del estudio de Valdez y Barillas.
6. Que los honorarios por visitas médicas son US\$58.16 (RD\$2,000) por visita, tal como indicó el Dr. Rodríguez.
7. Que el 5% de los pacientes en ARV acuden infectólogos y neumólogos.
8. Que el 4% de la población es de infantes (igual que los que están en el PNAI).

Cuadro 29: Gasto de bolsillo PVVS fuera del PNAI, 2008									
Pacientes en:	Cantidad Pacientes	Costos tratamiento ARV, IO, Métodos Diagnósticos y Visitas Médicos							
		ARV US\$	IO US\$	CD4 US\$	Carga Viral US\$	Hemograma y Bioq. US\$	Visitas Médicos US\$	Total US\$	Total RD\$
Seguimiento	955	N/A	11,119	N/A	N/A	32,477	56,870	100,466	3,455,010
Tratamiento	637	3,044,197	47,407	6,368	38,208	50,944	87,172	3,274,295	112,603,006
1era línea	382	333,306	28,120	3,821	22,925	30,566	43,859	462,597	15,908,695
2da y 3era línea	127	266,645	9,373	1,274	7,642	10,189	14,620	309,742	10,652,018
Rescate	127	2,444,245	9,914	1,274	7,642	10,189	28,693	2,501,957	86,042,293
Total	1,592	3,044,197	58,525	6,368	38,208	83,421	144,042	3,374,761	116,058,016

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a consultas expertos sector y costos estudio Valdez y Barillas

Supuestos adoptados para gastos transporte, suplemento nutricional y placa Tx:

1. Que los pacientes en TARV consumen al menos 2 latas de suplementos alimenticios en las proporciones indicadas por el Dr. Rodríguez.

³⁸ Precios de venta obtenido en www.cheapodrugs.com/new_cart_with_product/301829/quantity/

³⁹ Precios de venta obtenido en www.canadadrugpharmacy.com

2. Que el 100% de los pacientes acuden a su visita y que el transporte es el mismo estimado para el gasto de bolsillo de los PVVS dentro del PNAI.
3. Que el 100% de los pacientes se realizaron placa Tx.

Cuadro 30: Otros Gastos de bolsillo PVVS fuera del PNAI						
Pacientes en:	Cantidad Pacientes	Costos transporte, suplemento nutricional y placa tx				
		Transporte US\$	Suplmento Nutricional US\$	Placa Torax US\$	Total US\$	Total RD\$
Seguimiento	955	19,998	-	6,944	26,943	926,559
Tratamiento	637	15,999	1,778	4,630	22,406	770,538
1era línea	382	7,999	889	2,778	15,684	539,376
2nda y 3era línea	127	2,666	296	926	3,361	115,581
Rescate	127	5,333	593	926	3,361	115,581
Total	1,592	35,997	1,778	11,574	49,349	1,697,096

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a consultas expertos sector

3.5 Gasto Población General

El gasto relacionado con el VIH/SIDA que realiza la población en general concierne al costo de las pruebas rápidas y de confirmación, así como al gasto de condones previamente calculado:

Cuadro 31: Gasto de bolsillo población general		
Items	Total US\$	Total RD\$
Gasto en condones	2,272,579	78,154,005
Gasto en pruebas diagnósticas	636,608	21,892,949
Total	2,909,187	100,046,954

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a datos PSI, ENDESA 2007y estudio Valdez y Barillas

En el caso de las pruebas rápidas se considerará que el 45% fue realizado en los hospitales públicos, mientras que el 55% restante fueron realizadas en establecimientos del sector privado, del IDSS y de las ONGs. Este dato se calcula en base al informe de pruebas realizadas y entregadas de la Dirección General de Atención Especializada de la SESPAS, el cual no desagrega las cantidades atendidas por las redes privadas. Cabe señalar que dicho informe sólo concentra los datos comprendidos entre marzo y agosto 2008.

Nota: Para fines de registro en el MEGAS se consideraron los siguientes puntos:

- Que el 45% del gasto correspondió a pruebas realizadas en el sector público y que éste incluye el costo de personal, materiales y suministros para dicha actividad. Cabe señalar que pese a que en el sector público se cobra un copago como cuota de recuperación hospitalaria, en el caso de la prueba de VIH, previo acuerdo con COPRESIDA que suministra las pruebas, no se incurre en pago adicional por parte de la población beneficiaria.
- Que el gasto para el sector privado es de un 55%.

3.6 Unidad de Atención Integral (UAI)

A diciembre 2008 el PNAI contaba con 68 UAIs distribuidas a nivel nacional, las cuales brindaban servicios de atención a los pacientes en TARV y seguimiento, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

REGIONES	PROVINCIAS	No. SAIs	%
Region O Distrito Nacional	Distrito Nacional, Sto. Dgo. y Monte Plata	30	44%
Region I Valdesia	San Cristobal, Peravia, San Jose de Ocoa y Azua	5	7%
Region II Norcentral	Santiago, Espaillat y Puerto Plata	10	15%
Region III Nordeste	Duarte, Ma. Trinidad Sanchez , Samaná y Salcedo	3	4%
Region IV Enriquillo	Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales	1	1%
Region V Este	San Pedro de Macoris, Hato Mayor, El Seybo, La Romana y La Alt.	10	15%
Region VI Del Valle	San Juan de la Maguana y Elias Piña	3	4%
Region VII Cibao Occidental	Santiago Rodriguez, Valverde, Dajabon y Montecristi	4	6%
Region VIII Cibao Central	Monseñor Nouel, Sanchez Ramirez y La Vega	2	3%
	Total	68	100%

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud en base a datos PNAI

Para calcular el costo de los honorarios por servicios de atención prestados por estas unidades se procedió a realizar un conteo del personal existente en cada una de ellas, utilizando el listado de nombres y cargos provisto por la DIGECITSS y revisando cada una de las nóminas provinciales de la SESPAS para asignar el monto del salario y de los incentivos encontrados en ellas. Para los casos en los que, por cualquier razón, no apareció el nombre de la persona designada por cargos, se le asignó el salario de menor monto para dicha categoría en la región de referencia, fuera Este, Sur, Cibao o Santo Domingo.

Cabe señalar que los datos de sueldos e incentivos utilizados fueron los correspondientes al mes de diciembre 2008 porque era el archivo común a todas las provincias que se encontró disponible en la web de la SESPAS. Por otro lado, se realizó una revisión del listado de UAI por cada mes, en la web de la DIGECITSS, para comprobar la vigencia de las mismas durante todo el año 2008 y así estimar el gasto total del año.

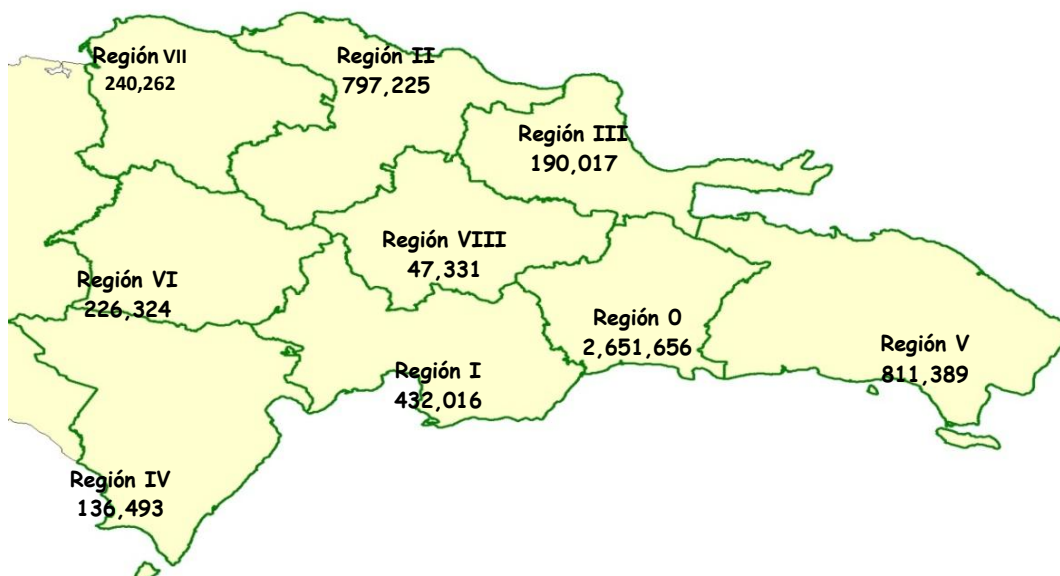
En el caso de los incentivos, ya que conocemos que la SESPAS tiene modalidad de pago de incentivos por distancia, por antigüedad y en algunos casos por riesgo, optamos por consultar con el personal de la Unidad de Atención Integral del COIN para que nos indicaran si los recursos adicionales a sus sueldos lo empezaron a recibir a partir de ser transferido desde los centros hospitalarios a estas unidades, indicándonos que reciben el mismo sueldo desde antes, hecho por el cual no pudo establecerse que estos recursos correspondieran a incentivos para retener al personal en el área de VIH/SIDA.

En el cuadro 33 se presenta el gasto estimado para un mes, por provincia, tanto en salario como incentivos de las UAIs.

Cuadro 33: Sueldos e incentivos UAIs por provincias, por mes				
Provincias	Sueldo Bruto	Incentivos	Total RD\$	Total US\$
Azua	102,142.12	11,294.60	113,436.72	3,298.54
Barahona	124,860.26	11,632.78	136,493.04	3,968.97
Dajabón	60,533.11	10,078.94	70,612.05	2,053.27
Duarte	67,264.72	4,827.23	72,091.95	2,096.31
El Seibo	57,851.63	7,913.65	65,765.28	1,912.34
Elías Piña	75,294.26	18,524.60	93,818.86	2,728.09
Espailat	60,824.57	7,921.89	68,746.46	1,999.02
Hato Mayor	92,146.14	11,886.42	104,032.56	3,025.08
Higüey	93,316.86	9,854.21	103,171.07	3,000.03
La Romana	151,820.99	15,597.09	167,418.08	4,868.22
La Vega	43,142.70	4,188.20	47,330.90	1,376.30
Monte Cristi	60,130.68	13,440.84	73,571.52	2,139.33
Monte Plata	212,481.36	32,590.60	245,071.96	7,126.26
Peravia	109,962.33	17,944.34	127,906.67	3,719.30
Puerto Plata	145,942.63	20,738.29	166,680.92	4,846.78
Salcedo	62,137.40	8,731.68	70,869.08	2,060.75
Samaná	65,718.77	12,383.00	78,101.77	2,271.06
San Cristóbal	171,849.44	18,823.25	190,672.69	5,544.42
San Juan de la Maguana	112,932.27	19,572.62	132,504.89	3,853.01
San Pedro de Macorís	329,674.91	41,327.40	371,002.31	10,788.09
Santiago	514,291.51	71,261.44	585,552.95	17,026.84
Santiago Rodríguez	47,633.11	8,678.94	56,312.05	1,637.45
Santo Domingo	2,137,108.70	289,717.13	2,426,825.83	70,567.78
Valverde	35,156.09	4,610.43	39,766.52	1,137.95
Total	4,934,216.56	673,539.57	5,607,756.13	163,063.57

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud a partir de datos PNAI y nómina SESPAS

En el mapa siguiente se presenta el gasto total de sueldos e incentivos mensual por regiones de salud en pesos dominicanos:



El procedimiento para determinar los honorarios del personal de salud de la UAI, incluidos los incentivos, fue el siguiente:

- Elaborar un listado de las UAIs existentes a diciembre 2008, con el personal por cada una de ellas;
- Separar las UAIs por las siguientes regiones: Este, Sur, Cibao y Santo Domingo;
- Revisar las nóminas de las veinticuatro (24) provincias donde están distribuidas las UAIs y asignar el monto del salario e incentivo correspondiente;
- Revisar los doce (12) reportes del PNAI para atribuir el tiempo de vigencia en meses de cada UAI;
- Elaborar un listado completo por provincias para agrupar el gasto mensual de las UAIs;
- Separar las UAIs según tipo de organización de correspondencia (SESPAS, IDSS, Cárceles, Maternidades, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, ONGs) y de población beneficiaria directa identificable (general, mujeres, infantes, personas privadas de libertad, etc.)
- Calcular el gasto total para el año 2008, según los meses de aparición de las UAIs en los reportes del PNAI;
- Calcular los sueldos y salarios según tipo de personal (médico, enfermeras, psicólogos y otros) para el registro de transacciones;
- Estimar el monto de los sueldos e incentivos que beneficiaron a la población adulta e infantes, partiendo del informe a diciembre del PNAI.
- Para efectuar el registro se distribuyó el tiempo del personal entre TARV e IO, equivalente a 76% y 24%, respectivamente.

El gasto en personal de las UAI estaba distribuido por centros de salud públicos y ONGs, según se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 34: Gasto personal UAIs por tipo de institución, 2008				
Tipo de centros	Sueldo e incentivos p/mes RD\$	Sueldo e incentivos año 2008 RD\$	Sueldo e incentivos p/mes US\$	Sueldo e incentivos año 2008 US\$
Públicos	4,109,038	51,145,937	119,484	1,487,233
SESPAS	3,719,128	46,112,767	108,146	1,340,877
Cárceles	78,854	1,017,887	2,293	29,598
FF.AA., FAD y PN	311,056	4,015,283	9,045	116,757
IDSS	230,833	2,960,225	6,712	86,078
ONGs	1,267,885	15,557,458	36,868	452,383
Total	5,607,756	69,663,620	163,064	2,025,694

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud

El cuadro siguiente muestra el total de incentivos por cada categoría de personal de salud. La categoría de personal médico incluye al encargado de la unidad, médico pediatra, médico obstetra, médico de la unidad y médico consejero. Personal de enfermería incluye a enfermeras de atención directa, auxiliar de enfermería y bachiller técnico en enfermería. El personal de psicología incluye a psicólogos y auxiliares y la categoría de otro personal se refiere a conserjería, encargados de educación y adherencia y de Medicamentos.

Cuadro 35: Gasto en salarios e incentivo personal de salud de las UAI, año 2008				
Cargos	Sueldos Brutos	Incentivos	Total RD\$/año	Total US\$/año
Personal Médico	40,266,384	5,127,545	45,393,930	1,319,975
Personal de Enfermería	12,399,265	1,918,665	14,317,930	416,340
Personal de Psicología	9,053,983	743,868	9,797,851	284,904
Otro personal	153,910	-	153,910	4,475
Totales	61,873,542	7,790,078	69,663,620	2,025,694

Fuente: Elaboración propia Fundación Plenitud

La gráfica siguiente indica el porcentaje de sueldos e incentivos orientados a la población adulta como a la población de infantes, en función de las atenciones brindadas por la UAIs a diciembre 2008:

Gráfico 14: Gasto en salarios e incentivos por tipo de población



Elaboración propia Fundación Plenitud

Anexo 4: Metodología de las valoraciones del gasto institucional

Fondo Mundial

El Fondo Mundial tiene dos tipos de ejecuciones. Por un lado, están los recursos que distribuye entre sus sub-beneficiarios y, por otro, los que se ejecutan directamente desde COPRESIDA. La clasificación de los mismos, por actividades, poblaciones beneficiarias y factores de producción, se realizó de formas distinta. En el caso de los recursos entregados a los sub-beneficiarios, se trabajó, en primer lugar, a partir de los cuestionarios que se remitieron y fueron llenados por estos, teniendo como referencia la clasificación de la información de los indicadores del Fondo Mundial y de los registros financieros de COPRESIDA. En segundo lugar, para aquellos beneficiarios que no llenaron los formularios se trabajó en base a los datos de ejecución del gasto remitidos a COPRESIDA y en función de los indicadores que debían alcanzar en base a su contrato.

Para la ejecución directa de COPRESIDA, se utilizaron los registros financieros de la institución, considerando la ejecución global por indicador al 2008 y restando de ésta la parte ejecutada por los sub-beneficiarios, tal como se aprecia en los cuadros siguientes:

Cuadro 36: EJECUCION POR INDICADOR FONDO MUNDIAL			
No.	INDICADOR	Total Ejecución US\$	Menos Sub-beneficiarios US\$
1: MEJORAR LA POLITICA Y AMBIENTE DE DERECHOS HUMANOS		855,260	46,891
2	Número y porcentaje de empresas privada que tienen políticas y programa de VIH en el lugar de trabajo.	69,287	38,519
3	Número de mujeres alcanzadas a través de actividades preventivas.	782,153	4,552
	Fortalecimiento y Desarrollo de la Respuesta Nacional	3,820	3,820
2: AUMENTO AL ACCESO Y USO DE SERVICIOS PREVENTIVOS		5,028,856	1,569,966
4	Número y porcentaje de la población sexualmente activa que recibe pruebas de VIH con consejería (con entrega de resultados).	891,171	102,908
5	Número de centros de salud que proveen servicios de consejería pre y post pruebas de VIH.	99,439	67,830
6	Número y porcentaje de mujeres embarazadas que reciben pruebas de VIH con consejería (con entrega de resultados).	320,533	256,343
7	Número y porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que reciben el curso completo de profilaxis ARV para reducir la transmisión vertical.	540,434	469,567
8	Número de casos de ITS reportados y tratados de acuerdo a las reglas nacionales de vigilancia epidemiológica en los centros de salud pública (hospitales públicos. Fuerzas Armadas. prisiones).	349,733	168,785
9	Número de personas (trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, migrantes, jóvenes, bateyes, prisioneros (alcanzados por actividades de la cadena de cambio de conducta).	2,284,736	148,855
10	Número de condones distribuidos bajo las campañas de mercadeo social.	504,030	316,898
	Fortalecimiento y Desarrollo de la Respuesta Nacional	36,928	36,928
	Consultorías, Viáticos y Atenciones a Relacionados	1,852	1,852
3: INCREMENTO ACCESO TRATAMIENTO PVVS		4,537,216	3,827,631
11	Número de personas con infección VIH avanzada que reciben tratamiento ARV de acuerdo con los protocolos nacionales.	3,444,356	3,284,310
12	Número de lugares de prestación de servicios que proveen tratamiento ARV.	503,899	398,161
13	Número de PVVS que reciben visitas hogareñas regulares.	448,668	4,867
14	Número y porcentaje de PVVS que abandonan el tratamiento.	8,363	8,363
	Fortalecimiento y Desarrollo de la Respuesta Nacional	11,180	11,180
	Consultorías, Viáticos y Atenciones a Relacionados	120,750	120,750
4: GESTION DEL PROYECTO		1,383,130	1,383,130
	Gestión del Programa	1,383,130	1,383,130
Total Ejecución 2008		11,804,462	6,827,618

Cuadro 37: Ejecución Fondo Mundial 2008 menos ejecución Subbeneficiarios				
Indicadores y Objetivos	TOTAL US\$	SUB-BENEF. US\$	COPRESIDA US\$	COPRESIDA RD\$
1: MEJORAR LA POLITICA Y AMBIENTE DE DERECHOS HUMANOS				
1.2 Programa de VIH en el lugar de trabajo	69,287	30,769	38,519	1,324,659
1.3 Mujeres en Actividades de Prevención	782,153	777,601	4,552	156,543
<i>Fortalecimiento de la Respuesta</i>	3,820	-	3,820	131,370
Total Objetivo 1	855,260	808,369	46,891	1,612,572
2: AUMENTO AL ACCESO Y USO DE SERVICIOS PREVENTIVOS				
<i>Viáticos y Atenciones a Relacionados</i>	1,852	-	1,852	63,705
2.4 Pruebas de Laboratorio	854,243	788,263	65,980	2,269,055
<i>Jornadas de Tamizaje</i>	738,021	788,263	(50,242)	(1,727,816)
<i>Transporte Almac. Y Desaduanaje de Pruebas</i>	2,114	-	2,114	72,701
<i>Ajuste por diferencia (aplicado a jornadas de tamizaje)</i>	114,108	-	114,108	3,924,170
2.5 Puestos de Consejería	99,439	31,609	67,830	2,332,668
<i>Adecuaciones Puestos de Consejería</i>	40,964	-	40,964	1,408,758
<i>Capacitación al Personal Puestos de Consejería</i>	51,761	31,609	20,152	693,018
<i>Mobiliario y Equipo de Oficina</i>	6,714	-	6,714	230,892
2.6 Pruebas de Laboratorio y Consejería A Embarazadas	320,533	64,190	256,343	8,815,621
<i>Adquisición de Pruebas</i>	241,508	-	241,508	8,305,468
<i>Jornadas de Tamizaje</i>	79,025	64,190	14,834	510,153
2.7 Mujeres VIH+ bajo el PNRTV	540,434	70,867	469,567	16,148,405
<i>Medicamentos y Suplementos Nutricionales</i>	42,537	-	42,537	1,462,854
<i>Antirretrovirales</i>	106,962	-	106,962	3,678,437
<i>Capacitaciones</i>	142	-	142	4,870
<i>Implementación de la Tarv a Mujeres VIH+</i>	94,253	70,867	23,386	804,233
<i>Materiales E Insumos Médicos</i>	104,309	-	104,309	3,587,191
<i>Transporte Almac. Y Desaduanaje de Med. E Insumos</i>	9,257	-	9,257	318,331
<i>Formulas Infantiles</i>	182,974	-	182,974	6,292,489
2.8 Terapia Preempacada	349,733	180,948	168,785	5,804,513
<i>Adquisición de Kit Terapia Preempacada</i>	153,058	-	153,058	5,263,653
<i>Manejo Síndrómico de las It's a Través de la Terapia</i>	195,934	180,948	14,986	515,385
<i>Transporte Almac. Y Desaduanaje de Terapia Preempacada</i>	741	-	741	25,475
2.9 Campaña de BCC	2,284,736	2,135,881	148,855	5,119,123
<i>Campaña de BCC Público en General</i>	81,416	36,420	44,995	1,547,392
<i>Campaña de BCC Jóvenes</i>	1,116,183	1,063,745	52,438	1,803,327
<i>Campaña de BCC Trabajadoras sexuales</i>	293,360	290,476	2,884	99,179
<i>Campaña de BCC Habitantes de Bateyes</i>	203,587	226,654	(23,067)	(793,261)
<i>Campaña de BCC Inmigrantes</i>	99,833	101,741	(1,908)	(65,608)
<i>Campaña de BCC Prisioneros</i>	211,751	133,501	78,250	2,691,019
<i>Campaña de BCC Hsh</i>	203,422	203,346	76	2,602
<i>Campaña de BCC Discapacitados</i>	75,184	79,997	(4,813)	(165,526)
2.1 Condones	504,030	235,721	268,308	9,166,195
<i>Distribuciones de Condones</i>	212,160	65,891	146,269	5,030,197
<i>Adquisición de Condones</i>	284,876	169,830	115,046	3,895,501
<i>Transporte Almac. Y Desaduanaje de Condones</i>	6,993	-	6,993	240,497
Fortalecimiento de la Respuesta	36,928	-	36,928	1,269,947
Monitoreo y Evaluación	21,648	-	21,648	744,461
Planificación y Asistencia Técnica	15,280	-	15,280	525,486
Total Objetivo 2	5,028,856	3,507,480	1,521,376	52,259,180

Cuadro 37: Ejecución Fondo Mundial 2008 menos ejecución Subbeneficiarios				
Indicadores y Objetivos	TOTAL US\$	SUB-BENEF. US\$	COPRESIDA US\$	COPRESIDA RD\$
3: INCREMENTO DEL ACCESO A TRATAMIENTO DE LA PVVS				
<i>Consultorías</i>	120,704	-	120,704	4,151,006
<i>Viáticos y Atenciones a Relacionados</i>	46	-	46	1,581
3.11 Adquisición de Medicamentos y Antirretrovirales	3,444,356	160,046	3,284,310	112,947,431
<i>Antirretrovirales</i>	2,032,286	-	2,032,286	69,890,302
<i>Medicamentos para Enfermedades Oportunistas</i>	808,207	-	808,207	27,794,224
<i>Implementación de la Tarv</i>	201,949	160,046	41,902	1,441,026
<i>Transporte Almac. Y Desaduanaje de Medicamentos</i>	383,492	-	383,492	13,188,303
<i>Apoyo Vital a PVVS</i>	18,423	-	18,423	633,575
3.12 Puntos Prestación de Servicios de Terapia ARVs	502,799	105,738	397,061	13,654,942
<i>Mobiliarios y Equipos de Oficina</i>	44,741	-	44,741	1,538,650
<i>Equipos Médicos</i>	150,092	-	150,092	5,161,674
<i>Capacitación Personal Puntos de Servicios</i>	2,896	-	2,896	99,586
<i>Fortalecimiento Puntos Prestación de Servicios</i>	92,465	105,738	(13,273)	(456,466)
<i>Adecuaciones UAIs</i>	212,605	-	212,605	7,311,499
3.13 Visitas Domiciliaria	448,668	443,801	4,867	167,375
3.14 PVVS que Abandonaron el Tratamiento	8,363	-	8,363	287,602
<i>Fortalecimiento de la Respuesta</i>	11,180	-	11,180	384,486
<i>Monitoreo y Evaluación</i>	519	-	519	17,851
<i>Planificación y Asistencia Técnica</i>	10,661	-	10,661	366,635
<i>Ajuste por diferencia</i>	(10,080)	-	(10,080)	(346,662)
Total Objetivo 3	4,537,216	709,585	3,827,631	131,632,246
4: GESTION DEL PROYECTO				
4.15 Pago al personal contratado	1,124,587	-	1,124,587	38,674,557
4.16 Capacitación al Personal	36,388	-	36,388	1,251,367
4.2 Gastos Administrativos	222,155	-	222,155	7,639,913
Planificación y Administración	43,243	-	43,243	1,487,117
<i>14 Viáticos, Pasajes</i>	6,815	-	6,815	234,364
<i>14 Suministros</i>	13,158	-	13,158	452,519
<i>14 Gastos Legales</i>	2,255	-	2,255	77,545
<i>14 Auditorías y Estudios Financieros</i>	7,836	-	7,836	269,490
<i>14 Materiales y Utensilios</i>	3,141	-	3,141	108,024
<i>14 Servicios y Comisiones</i>	10,037	-	10,037	345,175
Gastos Generales	139,389	-	139,389	4,793,572
<i>15 Servicios Prestados</i>	13,113	-	13,113	450,958
<i>15 comunicaciones</i>	15,152	-	15,152	521,060
<i>15 Servicios Básicos (Energía Eléctrica, Agua y Basura)</i>	12,391	-	12,391	426,120
<i>15 Reparación y Mantenimiento</i>	9,967	-	9,967	342,758
<i>15 Combustibles y Lubricantes</i>	39,768	-	39,768	1,367,613
<i>15 Seguros y retenciones</i>	39,666	-	39,666	1,364,110
<i>15 Alquileres</i>	3,686	-	3,686	126,772
<i>15 Publicidad y Promoción</i>	2,245	-	2,245	77,210
<i>15 Atenciones a Relacionados</i>	3,401	-	3,401	116,973
Total Objetivo 4	1,383,130	-	1,383,130	47,565,837
TOTAL GENERAL	11,804,462	5,025,434	6,779,028	233,069,835

Banco Mundial

- Se buscó la información en el área financiera de COPRESIDA. Entre los datos obtenidos se encontraba el libro de bancos.
- Se utilizó el libro de bancos para llenar el formulario de los fondos del Banco Mundial.
- Para poder hacer esto, primero se organizaron los cheques en una tabla que incluía el beneficiario, el concepto y el monto. Sólo se tomaron los cheques de fecha 2008. Esto llevó a que se utilizaran un total de 1616 cheques.
- Luego de organizados los cheques, se ordenaron los conceptos de forma alfabética, en busca de agrupar cheques con conceptos parecidos.
- Después se clasificaron los cheques por las actividades del MEGAS, según la información disponible en el cheque. Aquellos cheques que no tenían suficiente información debieron de ser buscados en la base de datos de COPRESIDA, para intentar obtener más datos.
- Luego se prosiguió a clasificar los cheques por Población Beneficiaria, según el concepto del cheque.
- A seguidas se formó una tabla compacta, donde se aglomeraron los cheques por beneficiario del cheque, actividades y poblaciones beneficiarias iguales. La nueva tabla redujo el número de filas a 656.
- Esta nueva tabla se utilizó para clasificar por factores de producción. Claro está, se debió de revisar cheque por cheque para poder ver bajo que categoría podían ser incluidos.
- El próximo paso consistió de tratar de obtener el proveedor que ejecutaría el cheque, descontando más tarde los fondos que ejecutaron los sub-beneficiarios de dicho proyecto y cuyos datos se obtuvieron directamente de los cheques.
- Luego de finalizar la tabla compacta se formó una tabla dinámica (pivot table) la cual resumía los datos a los niveles necesarios para poder llenar el formulario.
- Obtenido esto, se llenaron los formularios para los proveedores de los servicios, encontrándose en ellos COPRESIDA, Laboratorios, Instituciones de Investigación, ONGs, entre otras.

USAID

- Para el gasto de USAID se obtuvieron varios informes de proyecto, pues la principal ejecución fue a través del Proyecto CONECTA que había concluido a mediados 2008 y por tanto no era posible contactar al agente financiero del mismo.
- Los informes obtenidos ofrecían datos trimestrales de las actividades ejecutadas por los diferentes sub-beneficiarios contratados.
- Se elaboró un cuadro con los diferentes proyectos a ejecutar por los sub-beneficiarios para estimar los meses y monto de ejecución de los mismos, así como para agruparlos por agentes financieros, FHI y/o PEPFAR.
- Luego se agruparon por las organizaciones proveedoras, ya que algunas tenían varios contratos.
- Para asignar las actividades desarrolladas por los proveedores, así como la población beneficiaria de la misma se consideraron las informaciones provistas en los informes, así como la población objetivo definida en los contratos con éstas.